

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Danúbia Rocha Vieira

**A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: um estudo sobre as famílias inseridas no
Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC.**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 23/02/07


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

Florianópolis/SC
2006/2

Danúbia Rocha Vieira

**A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: um estudo sobre as famílias inseridas no
Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção do
título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Tamasso
Mioto.

Florianópolis/SC.
2006/2

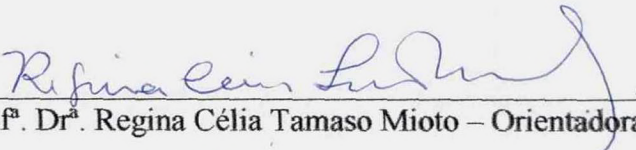
Danúbia Rocha Vieira

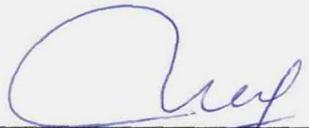
A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: um estudo sobre as famílias inseridas no Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC.


Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

Apresentado em:

BANCA EXAMINADORA:


Presidente: Prof^a. Dr^a. Regina Célia Tamasso Mioto – Orientadora, UFSC.


Membro: Prof^a. Dr^a. Maria Del Carmen Cortizo – Departamento de Serviço Social, UFSC.


Membro: Paulo Luiz Viteritte – Nutricionista - Programa de Residência Integrada em Saúde da Família, UFSC.

Florianópolis/SC.
2006/2

Aos meus pais, Luiz e Maria das Dores,
exemplos de persistência e honestidade, pelo
amor e apoio incondicional em todos os
momentos.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela força que representou nessa trajetória e pela importância que tem na minha vida.

Aos meus **Pais e Irmão**, pelo apoio, pelo exemplo e acima de tudo pela dedicação e pela luta diária que fez com que eu chegasse até aqui. Obrigada por me ensinarem a acreditar que é possível realizar os nossos sonhos. A vocês minha eterna admiração e amor!

Às minhas grandes amigas **Débora e Juliana**, que conheci nesse processo e que estiveram sempre a meu lado nas dificuldades, compartilhando as lágrimas e as alegrias. Meninas, obrigada pela amizade, companheirismo e paciência durante esses anos. Aprendi muito com vocês. Nunca esquecerei de tudo que passamos juntas!

À **Luciana**, minha grande companheira e parceira de estágio. Obrigada por dividir comigo as apreensões e dúvidas desses últimos momentos. Amiga, vou sentir falta de sua alegria no meu dia-a-dia!

Ao **Vinicius**, uma pessoa muito especial, que se fez presente nesses momentos finais. Obrigada pela atenção, o carinho e o incentivo!

A **tod@s @s minh@s coleg@s** de turma, por estarem presentes em toda essa vivência universitária e por contribuírem com esses anos de aprendizado! Valeu pessoal!

Aos **amigos de Imbituba**, que fizeram parte de momentos inesquecíveis da minha vida e que mesmo distantes sempre estiveram me apoiando e torcendo por meu sucesso. Para onde quer que a vida nos leve, sempre vou lembrar com muito carinho de vocês!

Às **meninas lá de casa**, minha escola de vida nesses quatro anos. Vocês participaram de importantes experiências de crescimentos e descobertas!

À Profª. Drª. **Teresa Kleba Lisboa**, pela confiança no ano de pesquisa que compartilhamos e as colegas do NUSSERGE (Núcleo de Estudos e Pesquisa em Serviço Social e Relações de Gênero), por participarem de minha formação profissional.

À minha supervisora de campo, **Simone Matos Machado**, pelo ensino da prática profissional, pela disposição e atenção durante a realização de meu estágio curricular obrigatório.

Aos **funcionários da Unidade Local de Saúde do bairro Agrônômica**, pelo acolhimento durante os meses de estágio. E aos **profissionais ligados ao 2º Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência** (residentes e preceptores) pelas contribuições e pelo apoio, sempre disponíveis a esclarecimentos de dúvidas e a colaboração permanente.

As **famílias participantes desse trabalho**, pela disponibilidade e confiança em dividirem conosco suas experiências de vida. Certamente essas pessoas foram peças fundamentais nesse processo e sem eles a realização deste trabalho não seria possível.

À minha orientadora Profª Dra. **Regina Célia Tamasso Miotto**, por aceitar construir esse trabalho comigo, confiar em minha capacidade, compartilhando seus conhecimentos e participando desse momento tão importante de minha formação profissional.

RESUMO

VIEIRA, Danúbia Rocha. **A DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: um estudo sobre as famílias inseridas no Programa Hora de Comer do município de Florianópolis/SC.** 2006. Trabalho de Conclusão de Curso – Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2006.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso aborda a determinação social do processo saúde/doença, buscando visibilizar e instigar reflexões sobre a atuação das políticas públicas no que se refere à questão. Para isso baseia-se em um estudo sócio-familiar realizado durante o estágio curricular obrigatório com os participantes do programa municipal de suplementação alimentar denominado Programa Hora de Comer. Tal estudo foi pensado a partir das observações realizadas durante o estágio curricular quanto à focalização e ao baixo impacto que o Programa tem apresentado sobre a desnutrição. Partindo do pressuposto de que a alimentação não é o único fator que influi nesse processo, objetivou-se apresentar o contexto que envolve a criança, numa tentativa de aproximação com a realidade social e econômica das famílias, ampliando o debate para os determinantes sociais indissociáveis da saúde. O estudo foi realizado através da aplicação de um formulário sócio-econômico a trinta famílias participantes do Programa residentes no bairro Agrônômica. Apresentam-se, além dos dados objetivos referentes à situação sócio-econômica, percepções relacionadas ao modo de vida e as vivências desses sujeitos provenientes principalmente das entrevistas e de observação-participante nas reuniões educativas com as famílias, uma das atividades previstas pelo Programa. Os resultados obtidos apontam para a situação de vulnerabilidade dessas famílias, sendo a desnutrição infantil apenas uma face das expressões da questão social por qual estão envolvidos. Portanto, orienta para a necessidade de um olhar mais ampliado sobre esse contexto dos sujeitos, na operacionalização do Programa Hora de Comer, bem como de qualquer iniciativa voltada ao enfrentamento da fome e da desnutrição.

Palavras-chave: determinação social do processo saúde/doença; estudo sócio-familiar; Programa Hora de Comer.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de filhos por família.....	52
Gráfico 2 – Idade dos pais.....	53
Gráfico 3 – Procedência dos pais e mães.....	55
Gráfico 4 – Nível de escolaridade dos pais.....	57
Gráfico 5 – Situação ocupacional dos pais.....	58
Gráfico 6 – Carga horária de trabalho diária dos pais.....	60
Gráfico 7 – Renda familiar bruta.....	61
Gráfico 8 – Renda familiar <i>per capita</i>	61
Gráfico 9 – Responsável pelo sustendo da família no momento.....	63
Gráfico 10 – Benefício assistencial que a família recebe.....	64
Gráfico 11 – Situação da residência.....	65
Gráfico 12 – Serviços pagos pela família.....	66
Gráfico 13 – Problemas do bairro.....	66
Gráfico 14 – Principal atividade de lazer da família.....	67
Gráfico 15 – Fatores que contribuem para a criança não recuperar o peso na perspectiva das famílias.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AFLOV – Associação Florianopolitana de Voluntários

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos

DSS – Departamento de Serviço Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPTU - Imposto Predial e Territorial Urbano

LOSAN – Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NCHS – National Center for Health and Statistics

NOB – Norma Operacional Básica

PADA – Programa de Articulação Docente Assistencial

P/I - Peso por idade

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS – Política Nacional de Promoção a Saúde

RDA – Rede Docente Assistencial

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

ULS – Unidades Locais de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 SAÚDE: DIREITO SOCIAL DE CIDADANIA	15
1.1 A SAÚDE COMO UMA NECESSIDADE HUMANA BÁSICA.....	15
1.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O RECONHECIMENTO DA SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL NO BRASIL.	20
2 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	29
2.1 A RELAÇÃO ENTRE A POBREZA, A FOME E A DESNUTRIÇÃO.....	29
2.2 A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS.....	34
2.3 O PROGRAMA HORA DE COMER: A ATENÇÃO À DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS.....	41
3 O ESTUDO SOBRE AS FAMÍLIAS INSERIDAS NO PROGRAMA HORA DE COMER NO BAIRRO AGRONÔMICA	43
3.1 DA APROXIMAÇÃO COM O PROGRAMA HORA DE COMER À PROPOSIÇÃO DO ESTUDO SÓCIO-FAMILIAR.....	43
3.2 CONTEXTUALIZANDO A EFETIVAÇÃO DO ESTUDO SÓCIO-FAMILIAR DO PROGRAMA HORA DE COMER.....	46
3.3 O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS FAMÍLIAS DO PROGRAMA HORA DE COMER.....	49
3.3.1 A composição familiar.....	49
3.3.2 Procedência das famílias.....	54
3.3.3 Escolaridade, situação de trabalho e rendimentos.....	56
3.3.4 Situação habitacional.....	64
3.3.5 A relação da família com o bairro.....	66
3.3.6 A desnutrição infantil sob a ótica das famílias.....	68
3.4 O PROGRAMA HORA DE COMER <i>VERSUS</i> O PERFIL DAS FAMÍLIAS.....	70

3.4.1 As famílias, a proteção social e a desnutrição infantil.....	70
3.4.2 A focalização do Programa no atendimento a desnutrição infantil.	73
3.4.3 A relação do Programa com as famílias.....	77
3.4.4 Propostas de caminhos a serem trilhados e perspectivas para o futuro.	79
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 81
 REFERÊNCIAS	 85
 APÊNDICE	 93

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso é resultado da experiência de Estágio Curricular realizado no período compreendido entre maio e dezembro de 2006 no âmbito da atenção básica em saúde, em Florianópolis.

Na Capital, o Serviço Social tem se inserido na atenção básica sob a lógica da Estratégia Saúde da Família¹ (ESF), por iniciativa do Departamento de Serviço Social (DSS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), através do Programa de Articulação Docente Assistencial (PADA), atualmente conhecido como Rede Docente Assistencial (RDA) e vinculado ao Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência.

O RDA foi criado em 1997 a partir de um convênio entre a UFSC - Centro de Ciências da Saúde - e a Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF) - Secretaria Municipal de Saúde. Tem como finalidade contemplar a formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde, buscando a construção de um espaço interdisciplinar de formação profissional, sob o modelo de atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se como um espaço privilegiado para a formação de profissionais de saúde, através da formação em serviço (MIOTO et al., 2005).

Inserem-se no Programa os cursos de psicologia, serviço social, medicina, enfermagem, nutrição, odontologia e farmácia, tanto através dos cursos de pós-graduação (Especialização Multiprofissional em Saúde da Família e Especialização Multiprofissional em Saúde da Família/modalidade residência) oferecidos pelo Centro de Ciências da Saúde, quanto através da graduação, por meio dos estágios curriculares.

Atualmente, em Florianópolis, não há assistentes sociais atuando na atenção básica

¹ A ESF tem como diretrizes básicas de organização a integralidade e hierarquização, estando inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de atenção básica de saúde. Está vinculada à rede de serviços de maior complexidade, de forma que garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas à referência e a contra-referência sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir. Sua principal finalidade é se tornar a porta de entrada do sistema de saúde. As ações desenvolvidas pela ESF articulam-se por meio de equipes multiprofissionais e trabalha sempre com uma população adscrita, ou seja, com um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área (BRASIL, 1994 apud RIBEIRO et al., 2005).

em saúde. A aproximação da profissão com a atenção básica se dá somente através do meio acadêmico via Universidade Federal de Santa Catarina, através dos profissionais residentes, bem como por estágios obrigatórios da 7ª fase do curso de Serviço Social. Esta inserção se dá também através das disciplinas de oficinas: Movimentos Sociais, Instituições e Organizações e Famílias e Segmentos Sociais Vulneráveis da mesma Universidade que têm sido ministradas vinculadas às atividades desenvolvidas nas Unidades Locais de Saúde (ULS).

No momento da realização do estágio curricular, desenvolvia-se o 2º Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência que estava inserido nas ULS do bairro Saco Grande e do bairro Agrônômica. Sendo na última, a instituição onde foi desenvolvido o estágio em Serviço Social, e a partir do qual se deu a aproximação por parte da acadêmica com o Programa Hora de Comer, em torno do qual se construiu o trabalho aqui apresentado.

O Programa Hora de Comer é uma iniciativa da PMF, quanto ao enfrentamento da desnutrição infantil, voltado à assistência alimentar e o acompanhamento da saúde da criança. No entanto, tal prática tem demonstrado pouca resolutividade do “problema” no bairro, observada através do número de crianças desligadas por alcançar a idade limite ainda em situação de desnutrição, bem como pelo número de crianças reincidentes.

Ao perceber-se a baixa efetividade e eficácia desse Programa e entendendo que o processo de saúde ultrapassa as questões biológicas, foi sistematizado, pelas estagiárias de serviço social atuantes na ULS², o projeto “Diagnóstico Sócio-familiar das crianças participantes do Programa Hora de Comer”. Sendo o serviço social uma profissão da saúde e que *“tem como foco a família como unidade básica de sua intervenção, sobre a perspectiva da totalidade”* (TEIXEIRA, 2001, p.5 - grifos originais), tal projeto de intervenção teve como objetivo central reunir informações sobre o contexto social e econômico desses sujeitos, contribuindo para a compreensão e análise da realidade em que estão inseridos. Isso com vistas a construir subsídios a posteriores intervenções dos profissionais da ULS, principalmente no que se refere ao serviço social.

Com o término das atividades ligadas à efetivação do Projeto de Intervenção do estágio curricular, a riqueza dos resultados e das percepções apreendidas instigaram à

² Tal Projeto foi desenvolvido em parceria com a também estagiária de serviço social Luciana de Melo Nunes dos Anjos.

continuação do processo investigativo através da construção desse Trabalho de Conclusão de Curso, objetivando o aprofundamento da discussão sobre a questão.

De outra maneira, chamou atenção, também, o fato de que a alimentação e a nutrição são pouco trabalhadas pelo serviço social, sendo escassa a produção teórica da categoria profissional na área. Um grande contraste quando observamos que a saúde é um campo de grande atuação do assistente social e a interface fome e pobreza são constantes no cotidiano da população usuária.

Partindo, então, do pressuposto que o processo de desnutrição extrapola a questão da alimentação, optou-se por elaborar um trabalho abordando a temática da determinação social da saúde a partir do estudo das famílias participantes do Programa Hora de Comer, como tentativa de desvendar o contexto mais amplo desses sujeitos e sua repercussão sobre o processo saúde/doença. Nesse sentido, o fio condutor desse estudo foi a tentativa de apresentar o contexto social, econômico e cultural que envolve as famílias participantes do Programa e sua relação com a situação de desnutrição, como fatores que se inter-relacionam e a determinam.

→ Por conseguinte, o objetivo geral que guiou a concretização desse trabalho foi apresentar o contexto social que envolve as famílias das crianças inseridas no Programa Hora de Comer, em uma tentativa de ampliação para a discussão sobre os determinantes sociais indissociáveis do processo saúde-doença.

A partir disso, esse trabalho apresenta entre seus objetivos específicos: - refletir sobre o direito à alimentação enquanto componente do direito à saúde, a partir de uma perspectiva abrangente, ou seja, envolvendo os aspectos sociais envolvidos no processo; - identificar as iniciativas brasileiras quanto à efetivação do direito à alimentação, considerando as políticas voltadas à segurança alimentar e nutricional da população enquanto um dever do Estado, reconhecendo a desnutrição e a fome como violação de direitos sociais e de cidadania básicos; - analisar o perfil das famílias participantes do Programa Hora de Comer obtido a partir do diagnóstico sócio-econômico realizado durante o estágio curricular, aproximando-se da relação entre famílias e Programa, com vistas ao levantamento das reais necessidades e demandas sócio-econômicas desses sujeitos, considerando não só a criança foco do “problema”, mas apontando a necessidade de atenção sobre todo o contexto social e familiar envolvido no processo de saúde.

Nesse sentido, o presente trabalho foi dividido em três capítulos. No primeiro, estrutura-se o conceito chave que abre a discussão aqui elencada: o conceito ampliado de

saúde. Inicia-se, dessa forma, apresentando algumas reflexões teóricas sobre a determinação social da saúde, bem como traz um breve resgate da construção do conceito saúde no âmbito das políticas públicas do Brasil, principalmente, a partir da Constituição Federal de 1988.

No segundo capítulo, explana-se sobre a desnutrição e a fome assumindo a ótica da determinação social da saúde, isto é, como reflexo da situação da pobreza de grande parte da população brasileira e como incontestável violação dos direitos sociais de cidadania. É exposto, ainda, um resgate das iniciativas mais recentes voltadas à construção das políticas de segurança alimentar e nutricional em âmbito nacional. Sendo que entre as iniciativas em nível do município de Florianópolis, destaca-se o Programa Hora de Comer, o qual será nesse momento apresentado.

No espaço destinado ao último capítulo, é contextualizado o estudo com as famílias inseridas no Programa Hora de Comer, cujos resultados levaram à realização desse Trabalho de Conclusão de Curso. Apresenta-se o estudo-sócio familiar dos participantes do Programa em si, ou seja, o conjunto de dados referentes às famílias estudadas além do resgate de observações e análises realizadas durante a experiência de estágio, bem como possui uma tentativa de apontar sugestões de intervenção a partir da realidade percebida.

Concluindo o trabalho, encontram-se as considerações finais, que exprimem as compreensões obtidas através da realização desse processo de estudo.

1 SAÚDE: DIREITO SOCIAL DE CIDADANIA

A alimentação é um direito elementar de saúde. Alimentação e nutrição adequadas são indispensáveis à sobrevivência e à manutenção de condições mínimas de bem-estar. No entanto, não são a única condição para uma vida com saúde, pois essa implica em questões de ordem social, econômica e política, por exemplo, além dos aspectos biológicos. A partir disso, parte-se aqui, do pressuposto de que a saúde é um direito de cidadania e é essa discussão que é estabelecida nesse capítulo.

1.1 A SAÚDE COMO UMA NECESSIDADE HUMANA BÁSICA.

No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde, juntamente com a previdência e a assistência social, é componente do Sistema de Seguridade Social, reconhecida formalmente como direito social de cidadania³ e dever do Estado.

De acordo com Nogueira e Pires (2004), a referência aos direitos sociais não deve assumir uma perspectiva jurídico positivista, referindo-se somente aos direitos caracterizados como instrumentos legais, ou seja, inscritos formalmente na legislação do país. A importância de tais dispositivos não é negada, mas é necessário analisar os direitos sociais a partir das condições concretas e reais, assumindo-os no plano político como uma das instâncias de luta coletiva pela efetivação da função Estatal de proteção social.

Em grande parte da história de nossa sociedade, a proteção social foi assumida como responsabilidade unicamente das famílias. E, em caráter benevolente, quando esta não conseguia sozinha suprir as necessidades de seus membros, contava com a ajuda da Igreja. Foi somente no período pós-segunda guerra mundial que a proteção social deixou o espaço da caridade e passou a ser reconhecida como responsabilidade pública e direito de cidadania (LIMA, 2006). O Estado assume, então, a função de apoio e suporte à família quanto à sua reprodução social. Nesse momento,

a efetivação do Estado de Bem-estar Social inaugurou um novo capítulo na esfera da proteção social. Pela primeira vez na história da humanidade, o

³ Entende-se aqui cidadania tomando por base Sposati (1997) que a expressa como condição inerente a todos indivíduos, como direito universal de todos ao desenvolvimento no plano político, civil e social. Opondo-se ao conceito de cidadania regulada destacado por Santos (1994), onde são considerados cidadãos apenas aqueles indivíduos que possuem algum tipo de vínculo empregatício, ou seja, os trabalhadores formais.

Estado foi impelido a assumir a proteção social como uma responsabilidade pública, operacionalizada por meio de políticas sociais. Ela deixou o “status” de caridade e benevolência para tornar-se direito de todo o cidadão (ã) (LIMA, 2006, p.51).

→ Nesse contexto, os direitos sociais expressam necessidades sociais essenciais, que implicam na provisão de bens e serviços à população por parte do Estado no que concerne à proteção social.

Pereira (2002) aponta que existem necessidades humanas ou necessidades sociais básicas que, quando não atendidas, podem vir a causar sérios prejuízos à vida material dos indivíduos, bem como impede sua participação crítica enquanto sujeito na sociedade. A satisfação dessas necessidades é condição para que os indivíduos tenham possibilidade de pleno desenvolvimento enquanto cidadãos ativos. A autora acredita, desse modo, que uma vida humana digna só ocorrerá se certas exigências fundamentais forem atendidas.

A autora indica que a qualidade de vida está diretamente ligada ao atendimento dessas necessidades, que quando satisfeitas proporcionam condições para a realização de qualquer outro objetivo ou desejo, e que constituem-se como pré-condição para a participação social efetiva e uma vida sem limitações, baseada na libertação sobre qualquer forma de opressão, inclusive da pobreza. Dessa forma, o reconhecimento e a provisão dessas necessidades oportuniza a efetivação dos direitos sociais, isso porque “o básico é direito indisponível (isto é inegociável) e incondicional de todos” e, dessa forma, têm que ser pensadas como direitos sociais que devem ser concretizados em políticas públicas. No entanto, destaca que a forma de satisfação dessas necessidades é variável, ou seja, são historicamente circunscritas e se expressam de maneira diferenciada de acordo com as características culturais de cada população, sendo fatores que não podem ser desprezados (PEREIRA, 2002, p.35).

Para Pereira (2002) existem dois conjuntos de necessidades sociais principais: a saúde física e a autonomia. A saúde física “é necessidade básica, porque sem a provisão devida para satisfazê-la os homens estarão impedidos inclusive de *viver*” (PEREIRA, 2002, p. 69 – grifo original). Porém reconhecendo que o ser humano é formado por algo a mais que a dimensão biológica, necessita também de autonomia, que seria “a capacidade do indivíduo de eleger objetivos e crenças, de valorá-los com discernimento e de pô-los em prática sem opressões” (PEREIRA, 2002, p.70). Denotando-a como o ponto de partida para a constituição de sujeitos ativos e críticos sobre o ambiente social em que se inserem.

Por ser um valor universal, condição para a existência da própria vida, Pereira (2002) reconhece a saúde como a mais primária das necessidades, como condição mínima para o alcance até mesmo da autonomia, bem como da sobrevivência humana. É importante ressaltar que, como dimensão fundamental à manutenção da saúde, temos a alimentação em quantidade e qualidade suficientes. “Sem uma alimentação adequada não há o direito à humanidade, entendida aqui como direito de acesso à vida e à riqueza material, cultural, científica e espiritual produzida pela espécie humana” (VALENTE, 2002, p.37).

Logo, todo sujeito possui a necessidade social de ter saúde e esta é aqui entendida como permeada por diversos fatores que extrapolam as condições biológicas. É constituída por dimensões sociais, econômicas, ambientais, emocionais, culturais e políticas, visto que os problemas de saúde exprimem necessidades históricas e socialmente determinadas, refletindo a forma como se estrutura nossa sociedade. A partir disso, o controle das causas dos problemas de saúde ultrapassa as possibilidades e atribuições do setor saúde, exigindo e envolvendo conhecimentos sobre diversas áreas da vida social (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005a).

Cecílio (2001) organiza as necessidades de saúde em quatro grandes conjuntos. Dois deles estão mais restritos ao setor de serviços de saúde: o acesso à tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; e a criação de vínculos afetivos, destacando a importância do fortalecimento de uma relação de confiança entre profissionais e usuários. Já os outros dois pontos avançam sobre as relações sociais que permeiam o processo saúde/doença: a necessidade das pessoas de terem graus crescentes de autonomia em suas vidas; e as boas condições de vida, reconhecendo que a maneira como se vive tem implicações nas diferentes necessidades de saúde.

De acordo com o autor, quando um usuário procura um serviço de saúde traz consigo uma ‘cesta de necessidades’, ou seja, por traz das demandas imediatas geralmente apresenta necessidades abrangendo outros domínios de sua vida. As demandas seriam “as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demandas pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames” quando, na verdade, “as necessidades podem ser bem outras” (CECÍLIO, 2001, p.116) e muito mais complexas.

Nogueira (2002, p.102 – grifo original) aponta que “situações e programas verificados na *ponta* do sistema são, na maior parte das ocasiões, determinados por questões de natureza estrutural, que somente podem ser apreendidas quanto se revelam os nexos internos entre as mesmas”. Por consequência, o olhar sobre os aspectos sociais que

condicionam a situação de saúde dos sujeitos torna-se indispensável. Tais condicionantes configuram o que atualmente denomina-se de determinantes sociais da saúde.

Conforme indica a COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (2005a), a proposta de atuação sobre esses determinantes destaca a importância de uma intervenção sobre as dimensões sociais das problemáticas enfrentadas pelo setor saúde, permitindo um atendimento integral e a ampliação da efetividade e eficácia das ações. Traz, portanto, uma estratégia que nega a ênfase em programas verticais, indicando a premência da implantação de ações intersetoriais no âmbito das políticas sociais.

Isso porque,

os determinantes sociais refletem a posição ocupada pelas pessoas na hierarquia do *status*, do poder e do acesso aos recursos. Evidências mostram que a maioria da carga das doenças e grande parte das desigualdades de saúde são causadas pelos determinantes sociais (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005a, p.06).

Dentre vários autores⁴ que trazem modelos explicativos para a determinação social da saúde, Dahlgren e Whitehead (1991 apud COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2005b) propõem um esquema que tenta pensá-la a partir de uma relação hierárquica. Para os pesquisadores, num plano mais geral, os aspectos condicionantes da saúde concernem às condições sociais, econômicas, culturais e ambientais de uma sociedade. Relacionando-se com as condições de vida dos sujeitos, como a habitação, o saneamento, o trabalho, o acesso a serviços de saúde e a educação, incluindo as redes sociais e comunitárias que permeiam os sujeitos. Os estilos de vida, ou seja, as escolhas pessoais como hábito de fumar e praticar esportes, por exemplo, seriam decisões relativas, estando condicionadas a esses determinantes mais gerais. Ressaltam, também, que fatores como a discriminação e a exclusão de determinadas minorias configuram situações que contribuem para os padrões de saúde.

Por conseguinte, esses determinantes “condicionam tanto as chances dos indivíduos de serem saudáveis, como moldam os seus riscos de adoecimento, vinculam-se aos fatores que fazem com que as pessoas fiquem saudáveis” (MIOTO, 2006b, p.3). Isso leva ao entendimento de que as doenças não são apenas fenômenos biológicos, se fossem “deveriam afetar em igual proporção a todos os indivíduos, porém sabe-se que há diferenças muito grandes quanto a isso, e que os indivíduos adoecem e morrem desigualmente”

⁴ Para outros modelos explicativos, consultar Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2005b).

(DEMOLINER, 2005, p.57).

Dessa forma, existem aspectos conjunturais que interferem diretamente nas diferenças da situação de saúde existentes entre indivíduos ou grupos da população. Para Silva e Barros (2002 apud GAWRYSZEWSKI, 2005, p.2), essas desigualdades podem ter duas classificações: as naturais, conseqüências das diferenças entre sexo, raça e idade; e as sociais, que originam-se pela ocupação de posições diferentes na organização social, decorrentes das condições sociais em que as pessoas estão inseridas, relacionando-se e constituindo as iniquidades em saúde.

Victora (2006) reafirma esse enfoque, ao indicar que essas iniquidades surgem quando as desigualdades são injustas e evitáveis. Portanto, a iniquidade em saúde está intimamente associada à idéia de injustiça social.

A iniquidade social refere-se a grupos em vantagem ou desvantagem social e a iniquidade em saúde como manifestação mensurável da injustiça social, representada por diferentes riscos de adoecer ou morrer e que pode ser evitável. Esses riscos se originam pelas condições heterogêneas de existência e acesso a bens e serviços, inclusive de saúde (GAWRYSZEWSKI, 2005, p.2).

Tendo por base Berlinguer (1996 apud CAPONI, 2003, p.64), pode-se acrescentar que as iniquidades em saúde são “aquelas derivadas de comportamentos insalubres, quando a escolha do indivíduo é claramente limitada; a exposição a condições de vida estressantes e insalubres e o acesso inadequado a serviços de saúde essenciais”.

Logo, as iniquidades no âmbito da saúde são extensões das extremas desigualdades sociais de uma determinada realidade, expressas entre diferentes países e até mesmo dentro de uma mesma nação. O Brasil, por exemplo, não é um país economicamente pobre, contudo, mesmo situado entre as maiores economias do mundo, possui uma marcada concentração de renda. Sua população em grande parte é constituída por sujeitos em situação de vulnerabilidade social, com um baixo nível educacional, reduzida expectativa de vida ao nascer e sem o acesso às mínimas condições de vida. Nosso país tem um povo marcado pelo analfabetismo, a discriminação, a mortalidade infantil, a fome e a desnutrição. Desigualdades essas que se agudizam em algumas regiões, marcadamente o norte e o nordeste, áreas geográficas mais empobrecidas (BUSS; FILHO, 2006).

A pobreza é a mais nítida expressão de que necessidades básicas não estão sendo atendidas. E é entre a população pobre que encontramos os maiores índices de adoecimento,

visto que as precárias condições de habitação, saneamento, trabalhos insalubres, tendem a minar as condições de saúde dessas pessoas, deixando-as vulneráveis a doenças. Bem como, após a instauração de uma doença, esses sujeitos têm menos acesso aos benefícios da medicina (DEMOLINER, 2005).

E é por isso que, para um verdadeiro impacto sobre as condições de saúde, é imprescindível reunir esforços com vistas a pensar ações frente à profunda disparidade social existente na sociedade brasileira. Nesse contexto, a atuação do Estado, direcionada no sentido de identificar e reduzir as desigualdades nas condições de vida da população, é fundamental para construção de melhorias na situação de saúde do país.

A crescente discussão sobre os determinantes sociais da saúde vem mostrar a necessidade de ações internas e externas ao setor saúde, efetivadas de forma transversal e intersetorial entre as diversas políticas públicas. Demandando abertura de diálogo da saúde com outros setores, reafirmando que somente com a quebra da focalização e compartimentalização das políticas estatais pode-se aproximar da equidade social e, conseqüentemente, atingir uma equidade em saúde.

1.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL E O RECONHECIMENTO DA SAÚDE ENQUANTO DIREITO SOCIAL NO BRASIL.

A discussão sobre a determinação social da saúde no Brasil ganha força a partir da década de 70, quando o modelo médico-assistencial-privatista, hegemônico no momento, evidenciava uma inversão de prioridades marcada pelo privilégio do modelo hospitalocêntrico, baseado no predomínio da medicina curativa sobre a medicina preventiva. Reproduzia uma visão totalmente biologicista de saúde e caracterizava-se pelo alto custo, culminando juntamente com outros fatores em uma crise financeira. Frente à ineficiência, a ineficácia e a insuficiência do modelo biomédico hegemônico, explicitadas pelas iniquidades e a explosão de gastos sem grande impacto na qualidade de saúde da população, originaram-se correntes de pensamento que explicitavam concepções do processo saúde-doença-cuidado mais globalizantes. Perspectivas que não negavam a mediação biológica e física do processo de saúde, mas traziam uma abordagem a partir dos condicionantes sociais, incorporando a dimensão social da questão (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 1995).

A partir disso, no Brasil, começa a construção de uma crítica ao modelo centrado

exclusivamente na assistência médica e no hospital, dando espaço à medicina social e à emergência das ciências sociais na análise dos problemas e das intervenções em saúde. E, com a abertura política, esses atores sociais ganham força, consolidando o modelo teórico-conceitual da Saúde Coletiva que sugeria novas estratégias para organização do sistema de saúde (CARVALHO, 2005).

Carvalho (2005, p.103) argumenta que “a Saúde Coletiva insere o debate a respeito do campo da saúde no plano das políticas sociais, aproximando-o das idéias de cidadania e democracia ao consolidar seus compromissos com a universalidade e equidade”. É em torno desse ideário que se organiza o Movimento da Reforma Sanitária⁵, defendendo a saúde como direito e dever do Estado, a integralidade da atenção e a participação comunitária, estando enraizado no reconhecimento da interlocução entre saúde e aspectos sociais.

O projeto defendido pelo Movimento estabeleceu-se principalmente com a VIII Conferência Nacional de Saúde⁶, que ocorreu no ano de 1986, trazendo como tema “Democracia é Saúde”. Marcado por grande participação popular, tal evento representou um importante momento de discussão sobre os rumos do sistema de saúde. Foi nessa oportunidade que as premissas da Reforma Sanitária foram situadas: conceito ampliado de saúde, estabelecendo que a saúde, em seu sentido mais abrangente, “é resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.04); a saúde como direito de todos e dever do Estado; e a proposição da reformulação do sistema nacional de saúde, com a instituição de um Sistema Único de Saúde (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 1995).

A VIII Conferência propôs ainda que

o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário a serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do

⁵ O Movimento da Reforma Sanitária foi construído por um conjunto de atores sociais, entre eles intelectuais, marcadamente através da criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), profissionais de saúde, representados por suas entidades, partidos políticos de oposição que levaram o debate ao Congresso, intelectuais e os movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2006). Esse movimento foi constituído por importantes personagens, entre os quais pode-se destacar alguns nomes: Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Gastão Wagner de Sousa Campos e David Capistrano.

⁶ A VIII Conferência Nacional de Saúde contou com a presença delegados representando diversos segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, partidos políticos, movimentos sociais, ONGs, universidades e os diferentes níveis de governo (ALMEIDA, CHIORO, ZIONI, 1995).

território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.04).

Tal proposta “possibilitaria intervenções específicas no âmbito do sistema de serviços de saúde (setoriais), além de exigir medidas mais amplas de ordem política, econômica e sociocultural (extra-setoriais)” (PAIM, 1999, p.474). Simbolizando uma ruptura em nível nacional com a compreensão de saúde vigente, vem defender, portanto, o que Escorel (1989) chama de ‘saúde plena’, reconhecendo os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos que podem tanto favorecer como prejudicar a situação de saúde de determinada população, como vemos no relatório final da Conferência:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistado pela população em suas lutas cotidianas. [...] É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986, p.04).

A coroação dessa movimentação se deu com a Assembléia Nacional Constituinte de 1987, que incorporou uma nova lógica à organização da saúde. A Reforma Sanitária presidida pelo Movimento Sanitário trouxe avanços à questão da saúde no Brasil, levando a Carta Constitucional de 1988 a assumir a saúde como direito elementar do cidadão brasileiro, trazendo uma política de saúde modelo internacionalmente.

Foi por meio de todo esse processo que hoje a saúde é constituída como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, Art.196). A saúde passa a formar, juntamente com a Previdência e a Assistência Social, o tripé da Seguridade Social brasileira, tendo por premissa básica o reordenamento dos serviços e das ações de saúde por meio de um Sistema Único de Saúde, o SUS (ALMEIDA; CHIORO; ZIONI, 1995, p.34).

A Carta Constitucional de 1988 traz que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem

prejuízo dos serviços assistenciais;
 III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, Art. 198).

Dessa maneira, traz um sistema de saúde que segue como princípios doutrinários a **universalidade**, a **equidade** e a **integralidade** das ações.

De acordo com Chioro e Scaff (1997), o SUS é universal, pois o direito ao atendimento abrange qualquer pessoa, independente da situação de emprego, de cor, de religião, do local de moradia ou da renda. Contudo, deve ser equânime, ou seja, cada pessoa deve ser atendida conforme suas necessidades, levando em consideração as particularidades dos problemas apresentados, oferecendo mais a quem mais precisar.

A integralidade significa proporcionar atenção aos diferentes aspectos envolvidos no processo de saúde-doença, tanto as questões biológicas como psicológicas e sociais, sendo as ações de saúde planejadas não somente para a prevenção e à reabilitação, como também para promoção da saúde (BRÜGGEMANN, 2004).

Cabe destacar aqui que, quando se fala em conceito abrangente de saúde e sua determinação social, a compreensão sobre a promoção da saúde torna-se indispensável. A concepção sobre promoção da saúde não é homogênea, apresentando variadas definições, formadas por algumas concepções mais progressistas como também outras mais conservadoras. Conforme Buss (2003), a promoção da saúde não é uma etapa anterior à prevenção ou ao tratamento, pois está situada além dos cuidados em saúde ao abranger todas as decisões econômicas e sociais de um território. Desse modo, vincula-se especialmente ao conjunto das políticas sociais, possibilitando a concretização de uma atenção integral em saúde.

Modernamente, a promoção da saúde articula saúde e condições de vida de uma forma mais ampla, caracterizada pela

[...] constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para família e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2003, p.19).

A discussão sobre a promoção da saúde é antiga, no entanto, o conceito tal qual é conhecido hoje tem suas origens principalmente na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma-ata (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), no ano de 1978. A Declaração de Alma-Ata, fruto do evento, reconhece a saúde enquanto um estado de bem estar físico, mental e social, apontado como “um direito humano fundamental e a consecução do mais alto nível possível de saúde à mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (BRASIL, 2002, p.33). Alia desenvolvimento econômico e social e, baseando-se no ideal de justiça social, reconhece a responsabilidade do Estado diante da saúde de sua população.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada algum tempo depois, em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Tal evento contou com a participação de representantes de 38 países, sobretudo industrializados. A Carta de Ottawa foi o principal produto da Conferência, sintetizando todas as discussões e conclusões levantadas e é, ainda hoje, mundialmente, um referencial fundamental quando se fala em promoção da saúde.

Nessa oportunidade, a promoção da saúde foi definida como o

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (BRASIL, 2002, p.19-20).

Prevê uma atuação intersectorial afirmando que “a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde” (BRASIL, 2002, p.20), incluindo como requisitos indispensáveis: a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis e a justiça social, elegendo entre os focos principais da promoção à saúde o alcance da equidade, ou seja, oportunizar o acesso a recursos de forma igualitária, passando por uma distribuição mais equitativa de renda e política sociais, para que toda a população possa “realizar completamente seu potencial em saúde” (BRASIL, 2002, p.21).

Após a Conferência realizada em Ottawa, sucederam-se uma série de encontros em

nível mundial⁷, que fortaleceram o movimento e divulgaram o conceito de promoção da saúde. Entretanto, todas as manifestações posteriores nessa direção confirmaram as diretrizes propostas pela Carta de Ottawa.

Em suma, pode-se afirmar que a Declaração de Alma-ata e, mais marcadamente, a Carta de Ottawa fortaleceram o ideário moderno de promoção da saúde, ampliando a consciência sobre a importância dos determinantes sociais da saúde. Toda essa movimentação em nível internacional se concretiza como um processo de transformação do setor saúde, da forma de identificar e analisar as necessidades com as quais se depara, bem como de formular respostas a estas e, isso, com grandes reflexos na construção da política de saúde brasileira. A partir dessa perspectiva, em nosso país, é com o SUS, na Carta Magna de 1988, que é reconhecida a importância das ações de promoção da saúde e é assumido o compromisso público de efetivá-las.

Nesse sentido, a proposta do SUS tem princípios básicos para sua organização, que são: **participação dos cidadãos, resolutividade, complementaridade do setor privado, regionalização e hierarquização e descentralização.**

Apesar de tais diretrizes já estarem previstas em lei desde 1988, o Sistema Único de Saúde só foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), formada pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que determina as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. E em seguida, pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as referências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Na Lei 8.080 (Art.3º), reafirma-se o conceito abrangente de saúde que deve ser assumido pelo SUS:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

A Norma Operacional Básica do SUS publicada em 1996 (NOB-96), que é um

⁷ Até hoje vários foram os eventos e iniciativas que tiveram como foco central a promoção da saúde: Conferência Internacional de Adelaide (1988), Conferência Internacional de Sundsvall (1991), Conferência Internacional de Santafé de Bogotá (1992), Conferência Internacional de Jacarta (1997), Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde (1998), Conferência Internacional do México (2000); e Conferência Internacional de Bangkok (2005). Maiores informações consultar (BRASIL, 2002)

instrumento que objetiva contribuir para a operacionalização do SUS, traz que a atenção à saúde prestada por ele compreende três grandes campos. Além da assistência à saúde propriamente dita e das intervenções nos ambientes de vida e de trabalho que podem trazer implicações à condição de saúde dos sujeitos, inclui a importância das políticas externas ao setor, abrangendo “questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos” (BRASIL, 2004, p.46).

A proposta trazida pelo SUS postula-se na perspectiva de que

Determinantes

[...] não é possível compreender ou definir as necessidades de saúde sem levar em conta que elas são produtos das relações sociais e destas com o meio físico, social e cultural. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética), o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação), assim como os meios sócio-econômico e cultural, que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p.12).

Institui-se, portanto, um modelo de saúde voltado às necessidades da população, destacando a importância do olhar sobre os problemas coletivos, num movimento de identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como na formulação de estratégias de ação sobre eles. A saúde é assumida como promoção, e não somente como questão de medicalização.

Entretanto, mesmo com todo o avanço em nível nacional e apesar de todos os progressos em termos de legislação reconhecendo a saúde como direito, o ideário neoliberal, implantado no país durante o governo Fernando Collor de Mello e enraizado no governo Fernando Henrique Cardoso, avança no cenário brasileiro, presente ainda hoje durante o Governo Luiz Inácio Lula da Silva.

O neoliberalismo tem como premissa básica ajustes estruturais de abrangência macroeconômica, levando a transformações e restrições no padrão de proteção social exercido pelo Estado:

Com a minimização do papel do Estado, nas últimas décadas, a proteção social como um direito de cidadania, na perspectiva da universalidade, sofreu retrocessos. A proposta que surge é a mercantilização do bem-estar; paralelamente a isto há uma volta à revalorização dos tradicionais mecanismos de proteção social, ou seja, a sociedade e a família (LIMA, 2006, p.60).

Nesse sentido, a família e a comunidade voltam a ser consideradas como responsáveis pela proteção e reprodução social de seus cidadãos (CARVALHO, 2000, p.96). Os serviços de saúde, educação, habitação, por exemplo, são oferecidos como mercadorias, e são vendidos a quem pode pagar para adquiri-los (LIMA, 2006). Sob essa lógica, os canais naturais para a satisfação das necessidades dos cidadãos seriam o mercado (via o trabalho) e a família, e somente quando esses canais falham, é que o Estado deve intervir (MIOTO, 2000).

O Estado exerce uma atuação limitada e paliativa, não pautada na compreensão de sujeitos portadores de direito. Segundo Lima (2006), essa realidade afasta-se da provisão social pública do Estado de Bem-estar Social, transfigurado em um modelo de proteção social **familista**, onde a ação pública ocorre de maneira temporária mediante a falência da família na provisão do bem-estar.

Mioto (2006c) indica que tal modelo baseia-se na idéia de que as famílias, independente de suas condições objetivas, têm como função proteger e cuidar de seus membros e a atuação do Estado se dá através de propostas residuais e focalistas de ação, voltada somente àquelas famílias que não conseguem gerir a proteção mínima a seus membros. A família, então, é retomada como ancora central para a garantia do bem-estar, de forma que substitui o Estado nessa função. Em um panorama onde as políticas públicas são insuficientes e com níveis de cobertura cada vez mais encolhidos, as famílias pobres estão mais expostas à vulnerabilidade, sem suporte público e sofrendo com uma sobrecarga de funções e responsabilidades que não têm condições de suprir.

Seguindo a lógica da minimização do Estado, privatização da esfera pública, temos como resultado a redução de gastos destinados às políticas sociais, tornando-as cada vez mais seletivas. Efetivando um verdadeiro desmonte dos direitos sociais, onde a noção de mínimos sociais distancia-se do ideal de um padrão de vida básico, assumindo um aspecto minimalista, de seletividade e de focalização. Ajustes esses que têm repercussões indiscutíveis na área da saúde como política social (NOGUEIRA, 2002).

Então, no momento de implantação do SUS, dois projetos colocam-se em confronto: o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista. O primeiro, buscando a concretização dos princípios inscritos na Constituição de 1988, e o último objetivando um Estado mínimo quanto à política de saúde, destinando suas ações somente a quem não pode pagar, estando o setor privado voltado ao atendimento das necessidades de saúde dos cidadãos consumidores (RIBEIRO et al., 2005).

Isso demonstra que, na conjuntura atual, os recursos para a promoção da saúde não

são tão priorizados como o esperado e inscrito em lei. Permanece a primazia dos investimentos na medicalização e os cuidados em saúde marcados pela centralidade nos sintomas, propiciando pouco impacto na saúde da população. Afasta-se de uma atuação pautada na integralidade, na priorização de ações de melhoria da qualidade de vida e na redução da fragmentação na abordagem do processo saúde/doença.

Portanto, o panorama neoliberal, marcado pelo mínimo ao pobre e ao social e, o máximo, ao rico e ao capital (VASCONCELOS, 2002, p.509), só fez acirrar as desigualdades sociais existentes no país, desencadeando um processo de maior concentração de riquezas e intensificação da exclusão social. Como consequência, necessidades básicas de saúde, que ao serem atendidas, poderiam evitar uma série de agravos, ainda são apontadas como grandes desafios na realidade brasileira. É formada uma realidade em que se tem uma maioria excluída, sofrendo desde a infância com esse contexto de privações e “desproteção” social, onde a fome e a desnutrição surgem como negação do acesso à necessidade primária de manutenção da vida e da cidadania: a alimentação.

Embora não expresso na Constituição de 1998, o direito à alimentação é considerado contemplado principalmente quando é mencionado o direito à saúde. Conforme (COSTA, 2004), esse direito está subentendido também em outros momentos, entre eles no artigo 5º que dispõe sobre a inviolabilidade do direito à vida, ou ainda no artigo 3º, que expõe a erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais enquanto objetivos fundamentais da República brasileira, e, por certo, quando assume em seu artigo 1º entre seus fundamentos o princípio da dignidade humana.

No ano de 1998 houve uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC 601-A/98) que pretendeu explicitar o direito à alimentação na Carta Constitucional. No entanto, ainda nada foi oficializado (TAKAGI, 2006).

2 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A alimentação reconhecida como direito humano básico demanda ações públicas voltadas à sua efetivação. A segurança alimentar e nutricional trata de “como uma sociedade organizada, por meio de políticas públicas, de responsabilidade do Estado e da sociedade como um todo, pode e deve garantir o direito à alimentação a todos os cidadãos” (VALENTE, 2002, p.40). É por isso que o segundo capítulo desse trabalho inicia com a explicitação da indiscutível interface entre a pobreza e a saúde na especificidade das questões nutricionais e, a partir disso, indica as iniciativas mais recentes para efetivação do direito à alimentação na legislação brasileira e a incorporação da segurança alimentar e nutricional às políticas públicas do país. Dentre estas, destaca-se o Programa Hora de Comer, como ação de assistência alimentar em casos de desnutrição infantil a nível do município de Florianópolis, e enquanto foco do trabalho desenvolvido.

2.1 A RELAÇÃO ENTRE A POBREZA, A FOME E A DESNUTRIÇÃO.

A alimentação, que em grande parte da história de nossa sociedade transitou entre a filantropia e o assistencialismo, somente no século XX foi considerada formalmente um direito básico do ser humano, reconhecendo que a sua insuficiência está condicionada pelas injustiças e desigualdades que permeiam a sociedade. Galleazzi (1996, p.134) defende que “a alimentação nutricionalmente adequada é um direito do cidadão, e a garantia da segurança alimentar, um dever do Estado”. Contudo, o direito à alimentação adequada “não deve ser interpretado como um pacote mínimo de calorias, proteínas e outros nutrientes específicos”, mas “refere-se também às condições sociais, econômicas, culturais, climáticas, ecológicas, entre outras” (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004, p.12).

O artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, estabelece que “todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família, saúde e bem estar inclusive **alimentação** [...]” (grifo meu). De acordo com a AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (2006, p.2), os direitos humanos constituem:

[...] conquistas das lutas dos povos contra a opressão, a discriminação e abusos de poder, que estabelecem normas legais, obrigações e limites para o funcionamento do Estado. [...] São aqueles que os seres humanos possuem, única e exclusivamente, por terem nascido e serem parte da espécie humana. [Dessa maneira,] estes direitos são inalienáveis e independem de legislação nacional, estadual ou municipal específica.

A alimentação deve ser compreendida como um direito humano por sua essencialidade à vida humana. Por ser indispensável “para a formação, crescimento, manutenção e perpetuação das espécies, ou seja: se o indivíduo não se alimentar ele padece” (CONSELHO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003, p.2), sendo condição imprescindível para a manutenção da vida.

Posteriormente, em 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, estabelece o direito à alimentação em seu artigo 11 apontando que “os Estados Partes [...] reconhecem o direito de toda pessoa a nível de vida adequado para si próprio e sua família, inclusive à **alimentação** [...]” (grifo meu) e se comprometem a direcionar ações para sua efetivação (PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 1966 apud AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS, 2006, p.05)

Em 1999, o Comentário Geral 12 emitido pelo Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, expõe que “o direito à alimentação adequada é realizado quando todo homem, mulher e criança, individualmente ou em comunidade com outros, têm acesso físico e econômico, a todo o momento, a uma alimentação adequada ou aos meios necessários para a sua aquisição” (COMITÊ DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 1999 apud AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS, 2006, p.05). No entanto, ainda enfatiza que o direito à alimentação adequada não pode ser interpretado em um sentido estrito ou restritivo, como uma ração básica nutricionalmente balanceada, devendo ser progressivamente delimitado. Reconhecendo, então, que o acesso adequado à alimentação, não somente em quantidade, mas também em termos de qualidade, está incluído entre as características de um padrão de digno de vida.

O Brasil é um dos maiores produtores de alimento do mundo, mas, contraditoriamente, os índices de fome e desnutrição no país são marcantes, refletindo o que pode ser chamado de situação de “insegurança alimentar”. Situações de insegurança alimentar e nutricional são detectadas a partir de diferentes tipos de problemas, desde

doenças associadas à má alimentação, passando pelo acesso aos alimentos e até fatores associados às relações econômicas e sociais mais amplas (SAWAYA et al., 2003).

A tríade pobreza, fome e desnutrição faz parte do cotidiano de parcela considerável da população brasileira. Demoliner (2005, p.28), em estudo sobre a interface saúde e pobreza, aponta que não há uma única definição para pobreza. Entretanto, ressalta que tal fenômeno “significa mais do que renda insuficiente para cobrir as necessidades mínimas de uma família”, estando envolta por uma série de sinais de que as necessidades básicas não estão sendo atendidas. Extrapolando o espaço financeiro, considerando, entre outros fatores, a discriminação, a saúde frágil e a baixa escolaridade, como também ligados à noção de pobreza.

Sposati (2000, p.47) enfatiza que “é impossível em nossa realidade discutir a pobreza fora dos marcos da desigualdade social, sob a pena de se estar adotando um olhar residual que quase nada move a questão”. A pobreza, portanto, está pautada nas relações estruturais e conjunturais que são fonte de toda forma de exclusão social.

A fome, como uma expressão da pobreza, acontece quando a alimentação diária e habitual “não propicia ao indivíduo energia suficiente para a manutenção do seu organismo e para o desempenho de suas atividades cotidianas. Nesse sentido, a fome resulta em uma das modalidades de desnutrição: a deficiência energética-proteica crônica” (MONTEIRO, 2003, p.8). Segundo o autor, a desnutrição envolve várias modalidades e graus, decorrendo da deficiência alimentar no que remete à energia e a nutrientes.

A fome, a desnutrição e a pobreza são coisas diferentes, todavia guardam importante correlação entre si. A fome se traduz “na manifestação mais aguda de uma teia de privações” (SILVA, 2003, p.45). É nítido que a presença da pobreza torna mais freqüente a fome e a desnutrição, prevalecendo entre os setores mais empobrecidos da sociedade. Forma-se um ciclo vicioso, onde a fome é consequência, mas também causa da pobreza. E a desnutrição, que tem ligação direta com um contexto de fome, é ainda hoje um dos grandes problemas do Brasil e “cada vez mais comum nos imensos bolsões de pobreza espalhados em todos os setores da realidade nacional” (SOLYMOS, 2003, p.93), sendo as crianças os indivíduos mais expostos.

A desnutrição infantil constitui um dos maiores problemas de saúde pública, principalmente entre os países em desenvolvimento devido à sua magnitude e aos conseqüentes prejuízos para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento dos sujeitos. Uma criança desnutrida apresenta um déficit de crescimento e baixa imunidade, mas, além

dos aspectos biológicos, tal questão manifesta-se em implicações sociais: como esperar, por exemplo, que uma criança que passa fome tenha um bom rendimento escolar?

Fernandes (2003, p.77), do ponto de vista epidemiológico, destaca entre as principais características da desnutrição infantil: “prevalece em países e setores pobres; incide nos indivíduos biologicamente mais vulneráveis, as crianças menores de cinco anos; é um dos indicadores mais sensíveis da situação social do país”. Isso porque o estado nutricional de uma população é um das principais referências de sua qualidade de vida, transparecendo as bases do desenvolvimento de uma determinada sociedade.

É imprescindível sobressaltar que a desnutrição “não é uma realidade homogênea, tanto do ponto de vista da sua causalidade, como de suas conseqüências” (FERNANDES, 2003, p.79). Como um fenômeno que tem uma determinação multicausal, não há um único fator que a desencadeie, sendo necessário pensá-la como uma questão complexa, que envolve uma rede de fatores que se inter-relacionam constantemente.

Sob a ótica da determinação social do processo saúde/doença, a desnutrição é entendida como o produto final de um espectro de condições biológicas, econômicas, sociais e culturais. Fatores esses que incluem o consumo alimentar e a saúde do indivíduo, conhecimentos básicos de higiene, condições insalubres de moradia, cuidados de saúde, falta de diversificação e adequação da dieta, mas abrange ainda as condições familiares e a situação social e econômica, como também envolve a cobertura de serviços públicos e acesso às políticas sociais (saúde, educação, saneamento, habitação, etc.).

Conforme Fernandes (2003), a desnutrição seria produto dessa interação entre a saúde, a alimentação e as condições sócio-econômicas e familiares, sendo elas que conduzem conjuntamente ao estado nutricional dos sujeitos. Ressalta, ainda, que devido aos determinantes sociais que não podem ser desprezados nesse processo, as ações, que visem ao seu enfrentamento, devem envolver não só conhecimentos das ciências específicas da área da saúde, mas os conhecimentos provenientes das ciências sociais devem ser incorporados à discussão.

Nosso país é marcado por uma intensa disparidade social e concentração de renda. A fome e os problemas ligados à nutrição nada mais são do que repercussões de problemas conjunturais e estruturais do país. Apesar dos avanços de ordem econômica e social pelas quais passou a sociedade brasileira nas últimas décadas terem impacto no perfil nutricional e educacional da população, a desnutrição permanece uma preocupação, especialmente na

saúde infantil. Vasconcelos (2006)⁸ traçou a evolução da prevalência de déficit de peso para idade nas crianças menores de 5 anos de idade segundo grandes regiões do Brasil, nos períodos 1974-1975, 1989, 1996 e 2002-2003. A partir de sua análise, observa-se que, na região sul, em 1974-1975, tal índice correspondia a 10,1%; em 1989 esteve em 2,5%; em 1996 caiu mais, chegando a 2%. No entanto, em 2002-2003 houve um pequeno acréscimo apontando 3,2%, mostrando que, apesar da tendência decrescente dos dados estatísticos, é um assunto que merece atenção por parte do Estado.

A existência de fome no Brasil não é efetivamente um problema de insuficiência de produção de alimentos. Ainda que o país esteja longe de maximizar o uso de seu potencial agrícola, face à existência de extensões improdutivas ou subutilizadas e pequenas propriedades com baixíssima produtividade pela total falta de apoio, o montante produzido, em grande parte do exportado, é mais do que suficiente para alimentar bem toda sua população. A grande limitação está decididamente no acesso a esse alimento que, colocado no mercado, é apenas acessível a quem disponha de renda. Portanto, discutir a superação da fome significa, principalmente, discutir formas de efetivação da cidadania, de superação da pobreza, de inserção social e de geração de renda (MARTINS, 1996, p.109).

Dessa forma, em nosso país, haverá segurança alimentar quando todos os brasileiros tiverem, permanentemente, acesso em quantidade e qualidade aos alimentos e acesso, também, às condições de vida para uma existência digna (GALEAZZI, 1996), portanto, é incompatível com a miséria degradante em que está imersa parcela significativa da população brasileira. É imprescindível “uma política ousada de reflexão e discussão, onde a fome deixe de ser tratada como um problema técnico, de subnutrição e nutrologia, para alcançar o patamar de uma questão sóciopolítica” (GALEAZZI, 1996, p.15). Muito já se avançou nesse aspecto, mas ainda há muito a se caminhar nesse sentido.

⁸ Para essa análise, Vasconcelos (2006) utilizou como fontes de pesquisa: IBGE, Estudo Nacional de Despesa Familiar (1974-1975); Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (1989); Sociedade Civil de Bem-estar Familiar no Brasil, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996); IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003.

2.2 A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS.

Apesar de o Brasil ser signatário do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, que aconteceu no ano de 1966, e que reconhece o direito humano à alimentação, ele só foi incorporado à legislação nacional em 1992 (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004). Pouco tempo depois, no ano de 1996, foi organizada a Cúpula Mundial da Alimentação, em Roma, reunindo representantes de 185 países e da Comunidade Européia, com vistas a renovar o compromisso global de erradicar a fome e atingir a segurança alimentar para todos (TAKAGI, 2006). Como consequência de toda essa movimentação a nível mundial no que diz respeito à efetivação do direito à alimentação, várias iniciativas podem ser citadas por parte do Estado brasileiro voltadas a políticas de segurança alimentar e nutricional⁹.

Em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)¹⁰, foi aprovada no Brasil trazendo como responsabilidade do Estado viabilizar aos indivíduos que não conseguem prover uma alimentação adequada, o acesso a uma nutrição digna. A PNAN integra a Política Nacional de Saúde, inserindo-se no contexto da segurança alimentar e nutricional e possui sete diretrizes principais de ação:

Estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos;
Garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; Monitoramento da situação alimentar e nutricional;
Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição;
Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação;
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2003, p.07).

Essa Política reconhece que “a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e à proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania” (BRASIL, 2003, p.11). É baseada em uma percepção ampliada ao considerar que os principais determinantes da alimentação saudável ultrapassam o setor saúde, envolvendo fatores como o

⁹ A intenção aqui é realizar uma breve explanação sobre as iniciativas mais atuais referentes à segurança alimentar e nutricional no Brasil. Para um aprofundamento sobre a construção histórica da Política de segurança alimentar e nutricional brasileira consultar Takagi (2006).

¹⁰ Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde - Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999, publicada no D.O.U. de 11 de junho de 1999, página 14, seção I (BRASIL, 2003).

acesso ao trabalho, emprego e renda. E prevê que os problemas alimentares e nutricionais devem ser enfocados por uma perspectiva familiar, bem como todos os planos, os programas e as políticas destinadas à área a nível nacional tem de estar subordinados às diretrizes dessa Política, objetivando servir como marco conceitual da ação governamental no que se refere a ações de combate à fome.

Além de apresentar ações estruturais como indispensáveis, entre as principais estratégias emergenciais apontadas pela PNAN como forma de enfrentar especificadamente a desnutrição, encontram-se: o seu controle por meio de prevenção das doenças infecciosas; distribuição de alimentos e educação alimentar; vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil, tendo como atenção prioritária às crianças nascidas com baixo peso e a complementação alimentar às crianças em risco de desnutrição, na faixa etária dos 6 aos 23 meses, aliada à vigilância sobre os irmãos ou contatos, incluindo as gestantes e as nutrizes em risco nutricional, principalmente nos bolsões de pobreza (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Posteriormente, a nível internacional, no ano de 2000, as Nações Unidas lançaram as “Metas de Desenvolvimento do Milênio” que dizem respeito, basicamente, a um compromisso de incorporar ações voltadas à melhoria da situação sócio-econômica da população mundial, como um esforço para redução da desigualdade social no planeta. São oito objetivos, sendo que o primeiro deles refere-se à redução da fome pela metade até 2015 e da miséria pela metade até 2025 (TAKAGI, 2006). Com vistas ao cumprimento da meta brasileira, as iniciativas voltadas ao enfrentamento da fome e desnutrição intensificam-se em âmbito nacional.

O Programa Fome Zero¹¹, considerado o carro-chefe da campanha eleitoral no primeiro mandato do atual presidente, foi implantado no país em 2003 e expressou-se no Governo Lula como uma estratégia de promoção de segurança alimentar fortemente apoiada na participação da sociedade brasileira, propondo uma atuação por quatro eixos: acesso aos alimentos; fortalecimento da agricultura familiar; geração de renda; e articulação, mobilização e controle social. Iniciativa voltada a segmentos populacionais em situação de maior risco e vulnerabilidade social.

¹¹ As informações sobre o Programa Fome Zero baseiam-se no conteúdo do site: <http://www.fomezero.gov.br/>.

Também no início do ano de 2003, foi instalado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Com caráter consultivo, surge tendo como função o assessoramento na formulação de políticas públicas, possibilitando a articulação entre governo e sociedade civil na proposição de diretrizes para as ações na área da alimentação e nutrição. Atualmente, o CONSEA trabalha sobre diferentes programas, como a Alimentação Escolar, o Bolsa Família, a Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar, a Vigilância Alimentar e Nutricional, entre outros¹².

Em 2004, a realização da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional reafirmou o papel do Estado sobre a implementação de uma política pública de segurança alimentar e nutricional efetiva no país e na concretização dos princípios já inscritos na PNAN.

O CONSEA, no mesmo ano, tendo como fundo as discussões elencadas em tal Conferência, divulgou o documento “Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional”, onde definia segurança alimentar e nutricional como

[...] a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004, p.04).

Dois conceitos estariam fortemente relacionados ao de segurança alimentar e nutricional: o Direito Humano à Alimentação e a Soberania Alimentar. O direito à alimentação como parte dos direitos fundamentais da humanidade referindo-se a um conjunto de condições necessárias e essenciais para que todos os seres humanos sobrevivam de forma digna e desenvolvam suas capacidades. Já a soberania alimentar afirma que a produção, a distribuição e o consumo dos alimentos que garantam tal direito devem ser definidos segundo as características culturais de cada povo.

A partir disso, uma política de segurança alimentar e nutricional contempla os seguintes princípios:

Intersetorialidade; Ações conjuntas entre Estado e sociedade; Equidade, superando as desigualdades econômicas, sociais, de gênero e étnicas (que vêm gerando discriminações principalmente contra os negros e indígenas);

¹² As informações sobre o CONSEA foram baseadas no conteúdo do site: <<http://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm>>.

Articulação entre orçamento e gestão; Abrangência e articulação entre ações estruturantes e medidas emergenciais (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004, p.04).

Nesse sentido, as políticas públicas voltadas ao direito à alimentação em todo território, mais que distribuir alimentos, devem envolver ações de geração de emprego e renda, reforma agrária, democratização de oportunidades e políticas sociais voltadas à eliminação da miséria, promovendo a inserção social. Ações, portanto, de dupla dimensão: incluindo ações emergenciais, pois a fome exige intervenções imediatas, mas superando o caráter puramente assistencialista, desenvolvendo políticas mais amplas, ações estruturais voltadas ao investimento na qualidade de vida, resgate da cidadania e avanço em direção à construção da autonomia dos sujeitos. Portanto, a garantia da segurança alimentar e nutricional envolve ações em diferentes setores ou áreas (saúde, educação, trabalho, agricultura, desenvolvimento social, meio ambiente, dentre outros), bem como se dá em diferentes esferas (produção, comercialização, controle de qualidade, acesso e consumo), prevendo uma atuação conjunta entre Estado e sociedade civil (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004).

Mais recentemente, em 2006 as ações relacionadas à nutrição e alimentação foram incluídas entre as diretrizes do “Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS” (Portaria nº399/GM, de 22 de fevereiro de 2006). Tal Pacto objetiva funcionar como sustentação para a organização e a consolidação do SUS, elegendo prioridades de ação com base nas necessidades apresentadas ao longo de sua implantação, tendo por finalidade a ampliação da efetividade, eficiência e qualidade da política de saúde.

O Pacto pela saúde 2006, se desdobra em três componentes: Pacto em Defesa do SUS¹³; Pacto de Gestão do SUS¹⁴ e o Pacto pela Vida. Esse último elenca um conjunto de compromissos dos gestores do SUS em torno de prioridades que impactam a saúde da população brasileira, através do estabelecimento de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. Entre essas prioridades encontram-se: redução da **mortalidade infantil** e materna e a elaboração e implementação de uma política a nível nacional de **promoção da saúde**, com

¹³ O Pacto em Defesa do SUS: objetiva repolitizar a saúde e promover a cidadania. Entre as prioridades desse pacto está a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, documento que divulga os principais direitos dos usuários garantidos em lei. Configurando-se como importante instrumento de empoderamento da população e de controle social.

¹⁴ O Pacto de Gestão do SUS: define instrumentos para a gestão do SUS e a responsabilidade de cada instância governamental, evitando competências concorrentes.

ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, incentivando a prática de atividade física regular, a **alimentação saudável** e o combate ao tabagismo; além do fortalecimento da atenção básica na atenção a saúde.

A partir disso, a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF), definindo entre as principais áreas de atuação em todo território nacional para a operacionalização da atenção básica: a **eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança e a promoção da saúde**.

Posteriormente, a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, em consonância com os princípios do SUS, que prevêem políticas de promoção da saúde e, como previsto no Pacto pela Saúde, é aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

O texto da PNPS prevê uma política integrada, intersetorial e transversal entre as diversas áreas do setor sanitário, envolvendo outros setores governamentais, não-governamentais, privados e a sociedade, formando uma rede de compromissos e co-responsabilidades. Na Política, a promoção da saúde como direito de cidadania tem como premissas básicas a integralidade e intersetorialidade, reafirmando o compromisso a nível nacional com as estratégias inscritas na Carta de Ottawa.

Com base nisso a PNPS, traz que

a promoção da saúde, como uma estratégia de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde [...] como uma possibilidade de enfocar os aspectos que determinam o processo saúde adoecimento em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006, p.14).

Tendo em vista “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (BRASIL, 2006, p.19), a PNPS indica entre as prioridades para o biênio 2006-2007, ações voltadas à **alimentação saudável**, objetivando efetivar a “promoção da saúde e à segurança alimentar e nutricional, contribuindo com as ações e metas de redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do direito humano à alimentação adequada” (BRASIL, 2006, p.27). E, para isso, prevê uma articulação intra e intersetorial, solidificando as diretrizes da PNAN e implementando ações

de vigilância alimentar e nutricional para a prevenção e controle dos agravos e doenças decorrentes da má alimentação. Assume, enquanto preocupação primária, o desenvolvimento de ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar.

Finalmente, no último semestre de 2006, no mês de setembro, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva sancionou a Lei nº 11.346, isto é, a Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). A LOSAN consagra em lei a alimentação como um “direito fundamental do ser humano, devendo o poder público garantir a segurança alimentar e nutricional da população” (Art 2º), instituindo o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN).

O SISAN tem como objetivo executar e acompanhar as políticas, os programas e os projetos de segurança alimentar, propondo ações realizadas em parceria entre as três esferas de governo (União, estados e municípios) e a sociedade civil. Nesse sentido, é composto de conferências (nacionais, estaduais e municipais), conselhos de participação social (os CONSEAS) e de câmaras governamentais intersetoriais de segurança alimentar e nutricional em âmbito federal, estadual e municipal.

A LOSAN torna o CONSEA um órgão permanente e para ele é transferida a responsabilidade pela definição do montante do Orçamento da União destinado às políticas de segurança alimentar. Além disso, o SISAN transforma os programas relacionados à nutrição e combate à fome em políticas de caráter permanente, evitando que as trocas de governo provoquem sua descontinuidade. Entre eles, estão o Programa de Alimentação Escolar e o Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar. O Sistema ainda proporcionará a formulação da política e do plano nacional de segurança alimentar e nutricional, com diretrizes, metas, recursos e instrumentos de avaliação e monitoramento.

Contudo, as ações a nível nacional referentes à alimentação e nutrição não são recentes, sendo que algumas iniciativas, que já existiam, saíram fortalecidas com o processo das últimas décadas, como é o caso do SISVAN¹⁵ (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) que existe no Brasil desde 1977.

Apesar de sua longa existência, sua regulamentação veio somente em 1990 pela Portaria do Ministério da Saúde nº 080 (16/10/1990), quando sua constituição a nível municipal ficou fixada como pré-requisito para o repasse de recursos federais para as ações

¹⁵ Todas as informações apresentadas aqui sobre o SISVAN baseiam-se no conteúdo do site: <<http://sisvan.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>.

de combate à desnutrição. Atualmente, relativo ao SISVAN tem-se a Portaria Ministerial 2.246 de 18/10/04 que institui e divulga orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito atenção básica em saúde do SUS.

O SUS é reconhecido como espaço privilegiado de inserção do SISVAN, sendo que as questões de alimentação e nutrição já se encontram previstas em seu aparato legal: o artigo 3º da Lei nº 8.080 define que a alimentação constitui um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde da população. Já no artigo 6º, estão estabelecidas como atribuições específicas do SUS a vigilância nutricional e orientação alimentar e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, em todas as etapas: da produção ao consumo.

O SISVAN atualmente é um sistema de informação que tem por objetivo fazer o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, servindo como fonte de dados de monitoramento do estado nutricional de indivíduos de todas as fases do ciclo de vida (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante). E, a partir disso, possibilita a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais em maior risco aos agravos nutricionais, sejam eles, baixo peso ou sobrepeso/obesidade. O SISVAN está em consonância com a diretriz “monitoramento da situação alimentar e nutricional” prevista na PNAN, gerando informações que possibilitam o planejamento de ações para prevenção e controle dos distúrbios nutricionais da população e a avaliação das ações implementadas.

O Sistema é também utilizado para acompanhar os beneficiários do Programa Bolsa Família. O Programa utiliza o SISVAN para o monitoramento do crescimento infantil, por meio da avaliação do estado nutricional, o acompanhamento do desenvolvimento e vacinação das crianças menores de sete anos e assistência ao pré-natal de gestantes.

A partir das diretrizes nacionais, cada município tem a responsabilidade de regulamentar o SISVAN por legislação própria. Segundo Silva (2006), em Florianópolis, o SISVAN foi regulamentado por lei municipal em 1998 e compreende: o **Programa Hora de Comer**, que consiste na distribuição de cestas alimentares às crianças em situação de desnutrição; e o **Programa de Suplementação Alimentar às Crianças com Distúrbios Específicos e Prevenção à Desnutrição em Filhos de Portadoras de Vírus HIV e Crianças Portadoras de Vírus HIV**. Este programa distribui fórmulas especiais e suplementos para crianças com distúrbios nutricionais específicos (alergia ao leite de vaca e intolerância à

lactose, por exemplo), bem como às crianças filhas de mães portadoras do vírus HIV e às crianças portadoras do vírus HIV na faixa etária do nascimento aos seis meses.

2.3 O PROGRAMA HORA DE COMER: A ATENÇÃO À DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM FLORIANÓPOLIS.

O Programa Hora de Comer constitui-se por uma iniciativa de suplementação alimentar, instituído em Florianópolis no ano de 1999 pela Secretaria Municipal de Saúde e administrado pela Associação Florianopolitana de Voluntários (AFLOV)¹⁶, destinando-se a crianças de 6 meses a 6 anos de idade em situação de desnutrição. O indicador adotado pelo Programa para diagnosticar o estado nutricional é o índice P/I (peso por idade), sendo o padrão de referência do National Center for Health and Statistics (NCHS) desde 1977. Com base nessa avaliação, são cadastradas no programa crianças em risco nutricional, com baixo peso ou muito baixo peso (RAMOS; BONASSA, 2006).

O Programa obedece basicamente os seguintes passos: a consulta médica com avaliação e pesagem; reunião educativa com os pais, onde um familiar deve comparecer a um encontro mensal para manter o cadastro atualizado; e, por último, a distribuição de cesta nutricional a cada criança. Os alimentos presentes na cesta foram determinados por uma equipe de nutricionistas ligados à UFSC, de acordo com as necessidades nutricionais de um indivíduo em desenvolvimento, sendo que as duas primeiras etapas são exigências mensais para o recebimento desse auxílio.

O desenvolvimento do Programa dá-se via ULS e é o médico pediatra quem encaminha as crianças para inserção no Programa ao identificar situações de desnutrição ou risco nutricional. As reuniões com a família acontecem também nas ULS e contam com a presença de representantes por parte dos gestores do Programa e profissionais de saúde da própria ULS, sendo esses últimos os responsáveis pelo planejamento e organização dos encontros. Nos bairros onde não há disponibilidade dos profissionais das ULS em realizar atividades com as famílias, as reuniões se restringem à verificação da presença dos participantes do Programa realizada pelo gestor municipal. Portanto, os familiares apenas

¹⁶ A Associação Florianopolitana de Voluntários é uma organização não-governamental, criada no primeiro semestre de 1979, que desenvolve uma série de projetos sociais através de parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis.

apresentam o comprovante de que a criança passou pela consulta médica mensal e recebem o comprovante de que estiveram na reunião para poderem, posteriormente, ter acesso à cesta nutricional.

3 O ESTUDO SOBRE AS FAMÍLIAS INSERIDAS NO PROGRAMA HORA DE COMER NO BAIRRO AGRONÔMICA

O último capítulo deste trabalho apresenta as indagações que levaram à proposição e ao desenvolvimento do estudo sócio-familiar dos usuários participantes do Programa Hora de Comer e como se deu a execução deste.

É apresentado aqui o estudo propriamente dito, iniciando com a exposição e análise do perfil sócio-econômico e, em seguida, traz as percepções acrescentadas, tanto a partir dos atendimentos realizados a essas famílias no cotidiano do trabalho da ULS, quanto da presença nas reuniões do Grupo Hora de Comer. E é a partir de todas essas observações que se tentou esboçar algumas propostas de aprimoramento do programa, buscando diretrizes de ação mais efetivas quanto às questões ligadas à alimentação e, conseqüentemente, à saúde da população.

3.1 DA APROXIMAÇÃO COM O PROGRAMA HORA DE COMER À PROPOSIÇÃO DO ESTUDO SÓCIO-FAMILIAR.

A aproximação com o Programa Hora de Comer durante a realização do estágio se deu primeiramente pelo fato de a desnutrição infantil ser algo já identificado pelos profissionais lá atuantes como urgente de ser trabalhado no local. Quando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família iniciou seus trabalhos, foi efetuado um mapeamento das famílias do bairro Agronômica, sendo levantadas algumas prioridades de ação, entre as quais surgiu a desnutrição infantil. Desse modo, o estágio curricular obrigatório em Serviço Social na ULS do bairro Agronômica foi direcionado principalmente a uma aproximação com o desenvolvimento do Programa Hora de Comer no referido bairro.

Primeiramente, o contato com o Programa deu-se através do acompanhamento das reuniões educativas. No caso específico do bairro Agronômica, durante o desenvolvimento da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, o planejamento das reuniões ficou a cargo de alguns profissionais residentes (entre eles o Serviço Social) que realizaram, de novembro de 2004 a novembro de 2006, um trabalho na direção de incentivar a identificação entre o grupo formado pelas famílias e a ULS. Os encontros deram origem ao denominado Grupo Hora de Comer, utilizando o espaço das reuniões educativas para discutir as causas e formas de enfrentamento da desnutrição infantil, incentivar a participação da população nas

instâncias de controle social e realização de oficinas sobre como melhor utilizar os alimentos recebidos na cesta nutricional.

Durante o estágio curricular, acompanharam-se sete encontros. Em cinco deles participou-se, também, no momento de planejamento das atividades a serem desenvolvidas. Um deles na condição de coordenação do encontro, juntamente com a outra estagiária de serviço social da instituição e as estagiárias de nutrição atuantes no momento.

Foi com esse envolvimento nas reuniões e com o contato com as famílias que se percebeu que o Programa Hora de Comer tem seu foco voltado apenas para a criança por meio da distribuição das cestas nutricionais, não sendo previsto algum tipo de acompanhamento da situação familiar concomitantemente à atenção à saúde da criança. Além disso, a idade limite para participação no Programa é de 6 anos, e ao atingir tal faixa etária, mesmo que a criança não tenha recuperado o peso, é desligada do Programa. Há casos em que as crianças ficaram anos no Programa sem a recuperação do peso e quando atingiram a idade máxima foram desligadas, continuando em situação de desnutrição. Ou crianças que são desligadas por atingirem o peso ideal e, posteriormente, são re-inseridas por voltarem à situação de baixo peso.

Tais fatores parecem indicar que o Programa, da maneira como é executado, não tem atingido os objetivos aos quais se propõe, ou seja, fazer com que as crianças atinjam o peso proporcional à sua idade e reduzir os índices de desnutrição infantil no município de Florianópolis.

Partiu-se, então, da compreensão de que a saúde é constituída por aspectos mais amplos que a ausência de doenças e que a desnutrição é mais que uma questão de peso e medidas, bem como que “um bom estado nutricional pressupõe o suprimento de inúmeras necessidades básicas que incluem, entre outras, a diversidade dos alimentos consumidos, condições salubres de moradia, saneamento básico, acesso à educação e aos serviços de saúde” (SOARES, 2002 apud RAMOS; BONASSA, 2006, p.24). A partir disso, entende-se que a desnutrição possui inúmeras causas além dos aspectos biológicos e que só pode ser compreendida, neste contexto mais amplo, existindo aspectos sociais que podem estar envolvidos influenciando no processo de saúde. Questões estas que não têm recebido a devida atenção na efetuação do Programa.

→ Assumindo a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, acredita-se que o olhar sobre o espaço sócio-familiar proporciona uma compreensão mais ampliada sobre a situação de desnutrição infantil. Isso porque, independente das formas ou desenhos

que a família assume, constitui-se por um canal de iniciação do aprendizado dos afetos e das relações sociais e tem caráter central na proteção social para com seus membros, principalmente aos mais vulneráveis, como os idosos e as crianças (MIOTO, 1997; 2000).

Com base nesse panorama e acreditando que a criança desnutrida pode ser melhor compreendida se conhecer sua realidade familiar e social, a equipe de Serviço Social atuante na ULS da Agrônômica¹⁷ se propôs a realizar um estudo do perfil sócio-econômico dos usuários participantes do Programa Hora de Comer. Com esse objetivo, as estagiárias da ULS sistematizaram um projeto de intervenção denominado **‘Diagnóstico sócio-familiar das crianças participantes do Programa Hora de Comer’**, desenvolvido pelas mesmas durante os quatro meses de estágio curricular obrigatório. Assim, tal estudo buscou analisar a desnutrição infantil ultrapassando seus aspectos biológicos, pretendendo compreender as determinações sócio-econômicas que contribuem para o seu agravamento, através de um conhecimento efetivo sobre essas famílias.

→ O serviço social se propôs a tal atividade acreditando que o reconhecimento da correlação entre o *status* social e as condições de saúde da população indica que a “obtenção de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais passa a fazer parte do conjunto dos procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença” (COSTA, 2000, p.47).

E enquanto profissional da área da saúde, o assistente social

[...] tem competência teórica e técnica para intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no Setor, quer seja ao nível de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde (NOGUEIRA, 2005, p.5).

A Lei de Regulamentação do profissional de serviço social (Lei 8662), em seu artigo 4º, traz como competência profissional: “VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais”. Dessa forma, o estudo ou diagnóstico sócio-econômico é um instrumento que vem levantar informações pertinentes ao processo de planejamento das ações do profissional, de tal forma a proporcionar uma visão mais ampliada sobre o contexto dos sujeitos, por meio do qual podem-se propor alternativas de ação mais efetivas.

¹⁷ A equipe de serviço social da ULS Agrônômica era no momento formada pelas duas estagiárias, a profissional residente em saúde da família e a assistente social supervisora.

Por fim, pode-se afirmar que tal estudo teve em vista o levantamento de elementos sobre as condições das famílias com a intenção de reunir subsídios para futuras intervenções, não só por parte do Serviço Social, mas dos outros profissionais da ULS e, até mesmo, do próprio Programa Hora de Comer.

3.2 CONTEXTUALIZANDO A EFETIVAÇÃO DO ESTUDO SÓCIO-FAMILIAR DO PROGRAMA HORA DE COMER.

Tal estudo foi realizado de maio a agosto de 2006¹⁸, no período designado ao desenvolvimento do estágio curricular em serviço social, abrangendo as famílias inseridas no Programa residentes no bairro Agrônômica. O instrumento utilizado para realização do estudo foi um formulário sócio-econômico¹⁹, elaborado em conjunto pelo serviço social em atuação na Unidade, a ser aplicado por meio de entrevista²⁰.

A partir da definição do instrumento a ser utilizado e da construção do formulário, passou-se ao levantamento das famílias participantes do Programa residentes no bairro Agrônômica. O cadastro existente na ULS possuía somente o nome e a idade das crianças, sendo necessária a realização do levantamento dos telefones e nomes dos responsáveis por meio do prontuário eletrônico utilizado na ULS.

Num total de 51 famílias desta lista inicial, foram contatadas e entrevistadas apenas 6. Com os contatos realizados em um mês de trabalhos, percebeu-se que essa listagem possuía um grande número de crianças que já se encontravam desligadas do Programa há algum tempo. Constatou-se, portanto, que esta relação de nomes estava extremamente desatualizada, impossibilitando o prosseguimento das atividades. Essa dificuldade de acesso a informações precisas apontam para a deficiência da atuação do SISVAN de Florianópolis, sendo que a realização desse monitoramento é de sua responsabilidade e a atualização do

¹⁸ A realização do estudo sócio-familiar se deu no período previsto para a realização do estágio curricular obrigatório (maio a agosto de 2006). No entanto, optei por dar prosseguimento à experiência de estágio até dezembro do mesmo ano. Dessa maneira, apesar da finalização do estudo, as atividades correspondentes ao acompanhamento do Grupo Hora de Comer tiveram continuidade durante esse período restante.

¹⁹ Tal instrumento foi elaborado tomando por base o formulário do Comitê Operacional do Programa Fome Zero do Município de São José/SC. Ver Formulário aplicado em Apêndice.

²⁰ A entrevista foi escolhida como instrumento, pois acredita-se que oportuniza, além da coleta de dados objetivos como renda, escolaridade por exemplo, captar aspectos relacionados aos modos de vida e as vivências das famílias, inclusive de sua relação com o Programa.

cadastro existente na ULS é realizado com base nos dados obtidos pelo Sistema de Vigilância do município.

A partir disso, foi somente por contato com a AFLOV que se teve acesso a uma relação mais atualizada das crianças vinculadas, possuindo um total de 53 participantes. Essa segunda lista também só continha o nome das crianças e de um dos responsáveis, dessa maneira teve-se que novamente utilizar o prontuário eletrônico para o levantamento do número telefônico ou endereço para posterior contato.

Com essas informações coletadas, reiniciaram-se os telefonemas. Alguns entraves surgiram nesse momento da realização do estudo, pois muitos dos números haviam mudado, estavam indisponíveis ou eram de parentes que não tinham contato diário com os familiares. Além disso, outro fato que dificultou o trabalho foi a questão de que a maioria das famílias tinha disponibilizado um número de telefone celular e, naquele momento, a Secretaria Municipal de Saúde havia bloqueado as ligações para celular nas ULS.

Apesar desses percalços, as entrevistas foram prioritariamente agendadas por telefone com as famílias. Essa foi a escolha preferencial, pois os telefonemas proporcionavam um contato mais próximo com esses sujeitos, surgindo a oportunidade de explicar mais detalhadamente do que se tratava o trabalho. Bem como, aos poucos a presença nas reuniões do Grupo Hora de Comer foi utilizada como alternativa para a apresentação do estudo e agendamento do encontro, de acordo com a disponibilidade da família. Nos casos em que não se conseguiu efetivar contato com os responsáveis pelas crianças ou que não possuíam telefone no cadastro da ULS, as entrevistas foram agendados via o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Como todas as crianças têm que passar mensalmente por consulta médica com o pediatra utilizou-se desses momentos que as famílias teriam que se deslocar até a ULS para realizar as entrevistas. Todas as quartas-feiras a agenda do Pediatra era reservada às crianças do Programa. Assim, foi acordado com o médico que encaminhasse as famílias às estagiárias depois de seu atendimento, colaboração que foi de grande importância para o término dessa etapa da coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas na própria ULS, quando foi aplicado o formulário sócio-econômico. No início da conversa eram explicitados os objetivos da construção de tal estudo, reafirmando a importância da participação das famílias, deixando aberta a possibilidade de se negarem a responder qualquer pergunta caso não se sentissem a vontade, ou até mesmo de realizar a entrevista como um todo.

Dentre as 53 famílias presentes na listagem recebida, 17 delas não moram mais no bairro, deixaram de participar espontaneamente do Programa ou foram desligadas. A partir disso, naquele momento havia 36 famílias participando efetivamente do Programa.

Dessas 36 famílias, 6 não se conseguiu contato por nenhuma das vias descritas acima (contato telefônico, ACS, reunião do Grupo ou consulta pediátrica). Dessa forma, conseguiu-se entrevistar 30 famílias, o que equivale a 83% do universo total. Frente a grande dificuldade de localizar os responsáveis pelas crianças, devido aos horários de trabalho, ou no que concerne a conciliação de um horário para a entrevista, acredita-se que o número de famílias entrevistadas foi suficiente, alcançando o máximo de famílias possível naquele momento, chegando a quase totalidade.

É importante salientar que os resultados finais não se resumiram a porcentagens e números, abordando também uma perspectiva qualitativa, tanto através de percepções obtidas com as entrevistas, como pela realização da observação-participante²¹ nas reuniões do Grupo Hora de Comer.

Os momentos de Grupo foram ocasiões importantes no processo de aproximação com as famílias. Com o passar do tempo, pôde-se perceber que as famílias começaram a identificar as estagiárias enquanto fazendo parte do Serviço Social da ULS, procurando diretamente quando apresentavam alguma demanda. Ou durante o cotidiano da ULS, quando encontravam pelos corredores e chamavam a conversar sobre o entusiasmo frente ao ganho de peso de seus filhos, apresentando reclamações sobre a cesta nutricional do mês, tirando dúvidas quanto à reunião, hora, data e local, seja buscando auxílio no que diz respeito ao que fazer por não ter comparecido na reunião ou quando não conseguiam marcar a consulta com o pediatra. Enfim, em busca de informações básicas, mas que fazem transparecer que a inserção no trabalho com essas famílias possibilitou a criação de um vínculo de confiança que as faziam ter as estagiárias também como referência perante alguma necessidade.

Assim, tal experiência proporcionou a percepção de uma série de detalhes que não se conseguiria somente com as entrevistas e aplicação dos formulários. Tanto por meio das falas dos participantes, nos momentos de grupo, como nas conversas “informais” com as famílias nos corredores da ULS ou durante algum atendimento. Nesse sentido, a pesquisa não ficou

²¹ Segundo Gil (1995, p.113), “a observação participante, ou observação ativa, consiste na participação real do conhecimento na vida da comunidade, do grupo ou de uma situação determinada. Neste caso, o observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí por que se pode definir observação participante como a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo”.

restrita aos dados obtidos com os questionários, mas as observações realizadas contribuíram e enriqueceram, complementando as percepções finais do estudo. Como afirma Minayo (2001, p. 22) “o conjunto dos dados quantitativos e qualitativos não se opõe. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia”.

3.3 O PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DAS FAMÍLIAS DO PROGRAMA HORA DE COMER.

3.3.1 A composição familiar.

Inicialmente é importante ressaltar que, nesse estudo, considera-se família um conceito complexo, na medida em que, para abarcar a diversidade de arranjos familiares presentes contemporaneamente, necessita-se não só falar em família, mas famílias no plural. A família é um espaço privilegiado na história da humanidade onde se aprende a ser e a conviver. É a família que conecta gerações e media as relações entre os sujeitos e a coletividade. Constitui um espaço de solidariedade, de cuidado e de responsabilidades perante os seus membros mais vulneráveis (MIOTO, 1997).

As implicações na vida social, econômica e cultural do país ao longo dos anos moldaram a família brasileira. Torna-se evidente que sua estrutura atual assume formas diferenciadas, mesmo que

[...] a forma de família predominante em todos os segmentos sociais seja a família monogâmica burguesa, existem padrões internos que diferenciam as famílias das diferentes classes, assim como padrões familiares que diferenciam formas familiares diferentes dentro de uma mesma classe social (REIS, 2001, p. 101).

Diante da diversidade encontrada, pode-se dizer que hoje

[...] família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTO, 1997, p. 120).

Dessa maneira, tal conceito reafirma a importância da família enquanto mediadora entre o indivíduo e a sociedade, como pela relação emocional a qual está envolvida. Mas acaba por superar a questão biológica e de consangüinidade, mostrando a família como não natural, não homogênea, mutável e cultural, assumindo diferentes organizações de acordo com o momento histórico vivido. E hoje, para uma delimitação do grupo familiar, é fundamental ultrapassar os laços consangüíneos, abrigando parentes, mas abrangendo não-parentes. Finalmente, pode-se dizer que a família contemporânea se constitui por uma mescla entre antigos e novos padrões, sendo esse olhar indispensável à percepção dos desafios que esta enfrenta na atualidade.

Os estudos sócio-familiares aqui descritos referem-se a famílias com características diversas, em uma média de 5,3 pessoas co-habitando no mesmo agregado doméstico. Grupos que não são compostos apenas por pai, mãe e filhos: em pelo menos 6 famílias os pais e filhos co-habitam com outras pessoas, entretanto em todos os casos se tratam de parentes (avós e tios das crianças, principalmente).

Do total de 30 famílias estudadas, 23 têm uma organização do tipo nuclear, onde o homem e a mulher se responsabilizam pelo cuidado e proteção dos filhos. É a primeira união na quase totalidade, apresentando apenas 1 família formada por um segundo casamento. Em apenas 1 caso a criança não vive nem com o seu pai, nem com a sua mãe, residindo com os avós maternos, apesar de ter contato constante com a mãe, que reside em outra casa, mas no mesmo terreno²².

Dentre essas famílias, 6 são monoparentais²³ chefiadas por mulheres, realidade cada vez mais comum no país como um todo. Dados de 2005, referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)²⁴, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que 27% das famílias brasileiras são chefiadas por mulheres. Para Carvalho (1998), as famílias com esse contexto tendem a estar em desvantagem social e

²² Ao assumir um conceito de família que ultrapassa o fator biológico, na análise dos dados e na construção dos gráficos aqui apresentados, classificaram-se como mães e pais não apenas os genitores. Nas famílias em que mães e/ou pais biológicos estão ausentes, identificaram-se aquelas pessoas que exercem a função paterna ou materna para a criança (avô, avó, padrasto). Dessa forma, os homens e mulheres identificados aqui são aqueles que representam a figura paterna e materna. Apesar de haver outras pessoas nos agregados familiares, optou-se para melhor análise e visualização dos dados não serem utilizadas como referência no estudo.

²³ Famílias onde apenas um dos pais convive com os filhos.

²⁴ Tal pesquisa é desenvolvida no Brasil desde 1967 e tem como finalidade a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento sócio-econômico do País. Trata-se, então, de pesquisas por amostra de domicílios, que investiga diversas características sócio-econômicas da realidade nacional (população, educação, saúde, rendimento, educação, etc.) (IBGE, 2005).

submetidas a situações de maior pobreza e vulnerabilidade econômica. Isso se deve ao fato de as mulheres tendem a receber salários mais baixos que os homens e, no mercado informal, tem seus maiores postos de trabalho. Ainda acrescenta-se a dupla jornada de trabalho, que faz com que a mulher tenha que se dividir entre o trabalho fora de casa para prover o lar, os afazeres domésticos e a responsabilidade do cuidado com os filhos.

Entre os filhos, as crianças de 0 a 6 anos encontram-se mais representadas (50%), do que as de 7 a 11 anos, que correspondem a 30% do total. O restante está na faixa de 12 a 17 anos (15%) e maiores de 18 anos representam apenas 5% do total. São, portanto, famílias em maioria jovens e com um considerável número de crianças pequenas. Nesse período do ciclo vital das famílias, tendem a estar as mais vulneráveis à situação de pobreza (CIOFFI 1998 apud MIOTO, 2000), sendo as crianças mais dependentes, demandando maiores cuidados, mais disponibilidade de tempo, atenção e dedicação, e, conseqüentemente, envolvem maiores gastos.

Quanto à escolaridade dos filhos, analisando a defasagem idade/série, percebe-se um elevado índice de atraso escolar. Observando a relação existente entre a idade do estudante e a respectiva série freqüentada, pelo menos 36% do total das crianças e adolescentes em idade escolar já reprovaram uma ou mais vezes.

As famílias pesquisadas possuem uma média de 2,9 filhos. O **Gráfico 1** apresenta que a maioria dos arranjos familiares possui um filho (27%), seguindo-se, mais expressivamente, de dois filhos (23%) e três filhos (20%).

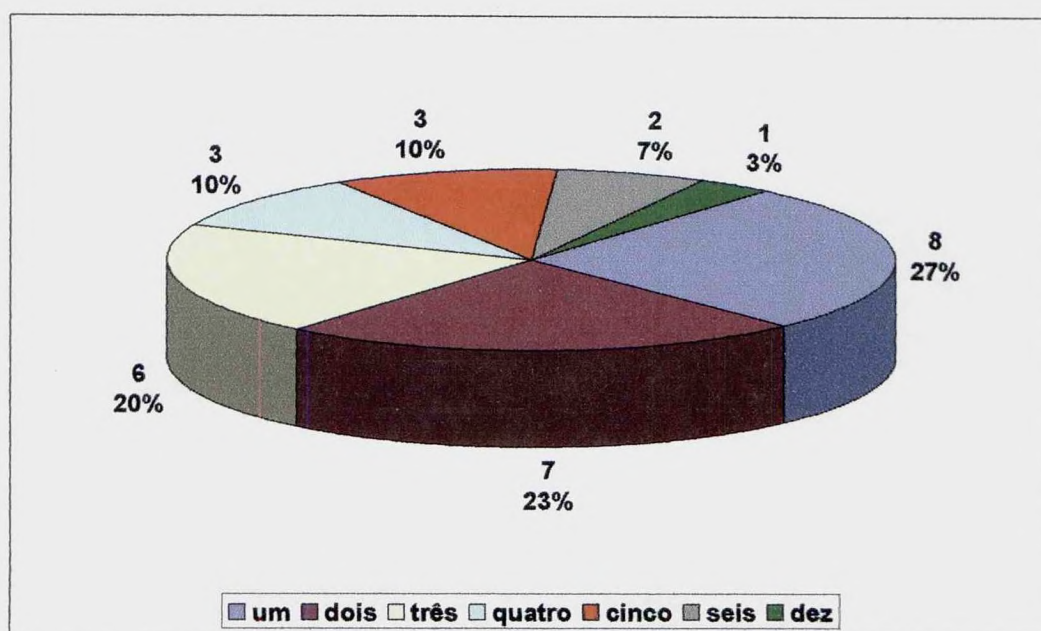


Gráfico 1 – Número de filhos por família²⁵.

A diminuição do número de filhos na composição das famílias, como aqui se apresenta, é um fenômeno que se repete em nível nacional. De acordo com análise de Goldani (1994 apud MIOTO, 1997), nas últimas décadas tem-se a descoberta do anticoncepcional que possibilita um planejamento familiar mais seguro, fazendo com que a taxa de fecundidade tenha uma redução e a reprodução se torne apenas uma etapa da vida da mulher, bem como a mulher tem assumido mais controle sobre as decisões de sua vida. Dados do IBGE (2005), indicam que em 1991 a média de filhos por mulher era de 2,9. Em 2000 já era de 2,4 e no ano de 2004, reduziu mais, chegando a 2,1, e é entre as famílias mais empobrecidas que estão os maiores números de filhos.

Apesar de seguir a tendência nacional, a realidade pesquisada encontra-se um pouco acima da média nacional. E é importante salientar que se trata de pessoas jovens, sendo assim, há possibilidade ainda que esse número aumente. Conforme o **Gráfico 2**, 17 mães encontram-se na faixa etária dos 20 a 30 anos, o que equivale a 57% do total. Os pais, apesar de encontrarem-se mais distribuídos entre as faixas etárias, também estão mais significativamente entre 20 e 30 anos.

²⁵ Todos os gráficos em forma de *pizza* possuem além dos dados numéricos com o total de respostas, também a porcentagem correspondente.

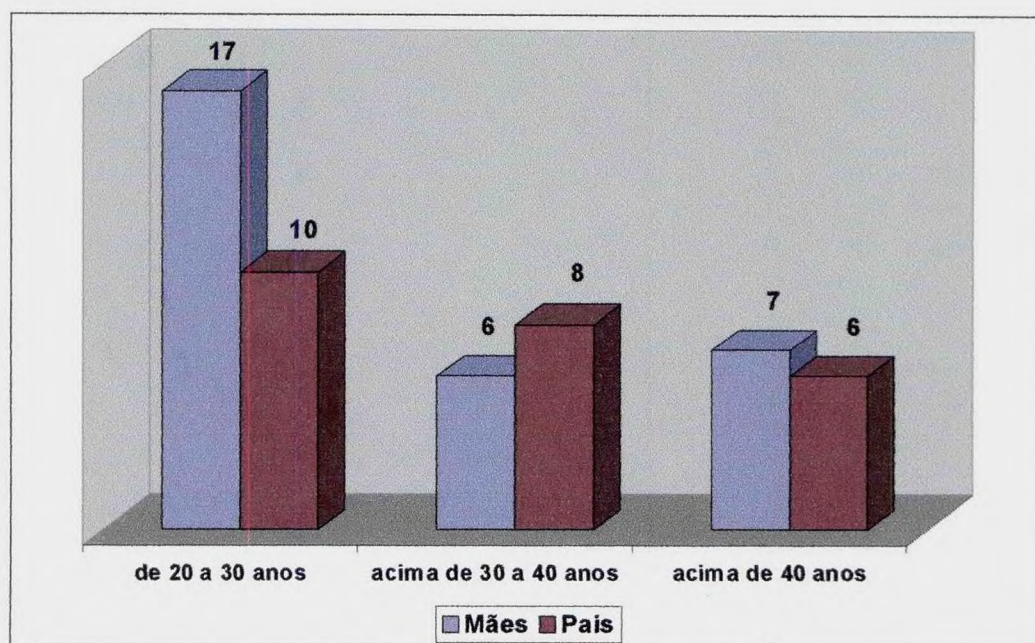


Gráfico 2 – Idade dos pais²⁶.

Através da comparação da idade atual das mães e a idade dos filhos mais velhos, observa-se que 14 delas tiveram seu primeiro filho antes dos 20 anos, correspondendo a 47% do total, seguindo-se de 9 (31%) que tiveram a primeira gestação entre 21 e 25 anos. As demais 6 (20%) tiveram seus primeiros filhos entre 27 e 35 anos. Há um predomínio, portanto, da primeira gestação até os 25 anos, e em pelo menos 8 delas a gravidez ocorreu mesmo antes dos 18 anos, caracterizando-se por casos de gravidez na adolescência²⁷.

Nas últimas décadas, com as mudanças nos valores morais e costumes, e, conseqüentemente, a liberalização da sexualidade, os índices de gravidez na adolescência têm sido crescentes. De acordo com a análise da PNAD, em 2005 entre as adolescentes de 15 a 17 anos de idade, 6,8% delas já tiveram pelo menos um filho, sendo que quase 11% tinham 2 filhos. Na população jovem de 18 a 24 anos de idade, a proporção de mulheres com filhos era de 36,5%.

A partir desses números a nível nacional, a gravidez na adolescência vem suscitando discussões significativas, abrangendo desde as repercussões que a maternidade precoce pode acarretar na saúde das adolescentes, bem como nas suas perspectivas de estudo e trabalho, ou seja, crescimento pessoal e profissional. Segundo Heilborn (2002, p.16), a gravidez na adolescência “não constitui um fenômeno novo no cenário brasileiro” na verdade

²⁶ Os gráficos na forma de coluna possuem apenas os dados numéricos com o total de respostas.

²⁷ Conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069/90), entende-se adolescência a faixa etária entre 12 e 18 anos.

“acompanhando uma tendência internacional, ela assume, entre nós, sobretudo nas últimas décadas, o estatuto de *problema social*” (grifo original).

Ainda de acordo com a autora, as condições sociais e culturais da ocorrência da gravidez têm muito mais peso que a idade e os fatores biológicos a ela relacionados. Todo o contexto deve ser observado: quando se trata de jovens provenientes de famílias de nível sócio-econômico mais baixo, o abandono da escola e a inserção no mercado de trabalho, dá-se em grande parte dos casos de maneira precoce, independentemente de uma gravidez. Todavia, não se pode ignorar o fato de que uma criança representa uma responsabilidade, bem como um gasto a mais para essas famílias, que já contam com uma condição econômica precária. Desse modo, é fortalecida a possibilidade de que esse novo casal permaneça em categoria social menos favorecidas.

3.3.2 Procedência das famílias.

Ao analisar a origem dos responsáveis pelas crianças (**Gráfico 3**), percebe-se que um total de 28% provêm de outros estados (Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro). O número mais expressivo diz respeito ao próprio estado de Santa Catarina, equivalendo a 72%. Desse total, têm-se sujeitos provenientes das mais variadas localidades: Florianópolis representa a maior parte com 21 pessoas; Curitiba, Campo Belo e Canoinhas possuem 3 representantes cada; bem como Campos Novos, Chapecó e Lages, cada município, possuindo 2 pessoas entre as famílias entrevistadas; e com 1 pessoa proveniente de cada cidade apresentam-se: Araranguá, Concórdia e Santa Cecília.

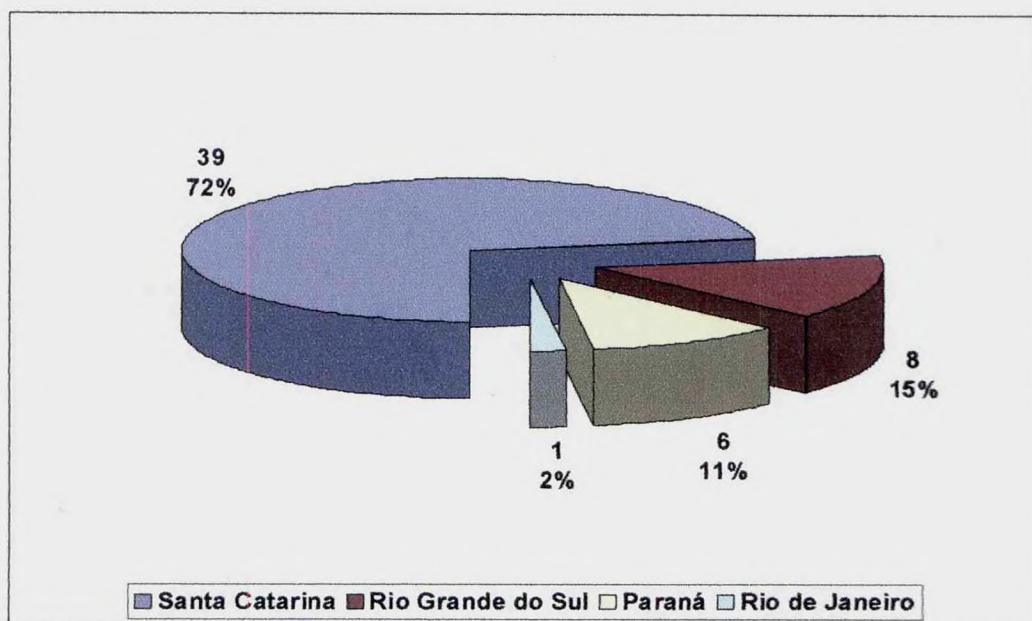


Gráfico 3 – Procedência dos pais e mães.

Apesar de 64% dessas pessoas já estarem instaladas no bairro há mais de dez anos, percebe-se que o fenômeno da migração marcou suas vidas em algum momento. A procedência desses moradores é, sobretudo, de municípios com base agropecuária, atividade que vem perdendo prioridade no setor econômico. O processo de industrialização e desenvolvimento do país resultou em um movimento de migração interna, sobretudo a partir da década de 70 e que persiste até hoje (ROLNIK, 2002).

Seguindo essa tendência, os moradores das cidades interioranas tendem a procurar cidades maiores, com a expectativa de encontrar novos espaços de trabalho. As pessoas aqui apresentadas expõem que vieram para a capital acreditando encontrar trabalho e melhores oportunidades de vida. No entanto, a realidade está muito distante, quando chegam em Florianópolis grande parte passa a ocupar as áreas de periferia, situadas em maioria nos morros existentes, sendo esse o único tipo de moradia que seu poder aquisitivo pode lhes proporcionar. A forma como se dá essa ocupação, sem planejamento, acaba por resultar em um quadro precário do espaço construído, tendo como produto a devastação ecológica e a miséria urbana.

A Capital recebeu, ao longo dos anos, uma demanda superior às suas condições de suprimento no que se refere à infra-estrutura, bem como muito maior do que a oferta de serviços de educação e emprego frente à necessidade crescente. Assumindo uma política urbana, bastante comum em nosso país, de investimentos quase que restritos ao centro da cidade, acabou por se dividir em duas realidades opostas dentro de um espaço em comum:

uma com regiões desenvolvidas e com infra-estrutura satisfatória; e outra ocupada pela população de baixa renda, em terrenos irregulares e sem nenhum tipo de planejamento. Uma “cidade paralela”: ilegal, precária e sem infra-estrutura (ROLNIK, 2002).

A partir de tal circunstância, forma-se uma situação de exclusão territorial que “é muito mais do que a expressão da desigualdade de renda e das desigualdades sociais: é agente de reprodução dessa desigualdade” (ROLNIK, 2002, p. 54). E isso ocorre, pois os efeitos vão muito além de falta de infra-estrutura, saneamento básico, água tratada, moradia precária, acabando por reproduzir em meio a essa população uma falta de oportunidades de trabalho, educação, ou seja, formas de superar as desigualdades e construção de um futuro melhor.

Numa olhar mais ampliado, observa-se que os efeitos negativos de tal situação não atingem somente os moradores dessa região, mas acabam por se alastrar por toda cidade, por meio do aumento dos índices de violência, por exemplo, que atualmente é um grave problema enfrentado pelos centros urbanos em nosso país de forma geral. “Os municípios que apresentam as piores condições de exclusão territorial – e não os mais pobres – são aqueles onde há maior violência. Ou seja, a violência está muito mais associada à exclusão do que à pobreza propriamente dita” (ROLNIK, 2002, p. 56).

O bairro Agrônômica é exemplo dessa realidade, abrigando uma parte da população que vem para Florianópolis almejando uma melhoria nas suas condições de vida. E hoje esse processo migratório é ainda forte, resultado da grande propaganda que envolve a cidade, divulgada como uma das cidades brasileiras com melhor qualidade de vida. Algo que se torna contraditório, ao tomar como exemplo as famílias aqui descritas.

3.3.3 Escolaridade, situação de trabalho e rendimentos.

Ao analisar as informações referentes ao **Gráfico 4**, fica nítido o baixo nível de instrução predominante entre as famílias. As mães concentram-se, principalmente, no intervalo de 1ª à 4ª série. Já os homens possuem mais anos de estudo, predominantemente entre a 5ª e a 8ª série. O máximo de escolaridade alcançado foi o 2º Grau. Muitos nem chegaram a completá-lo e nenhum pai ou mãe chegou a iniciar um curso superior. Abandonaram a escola precocemente possivelmente forçados pela questão econômica, fato que contribui para que os jovens das regiões de periferia das cidades se insiram em atividades remuneradas.

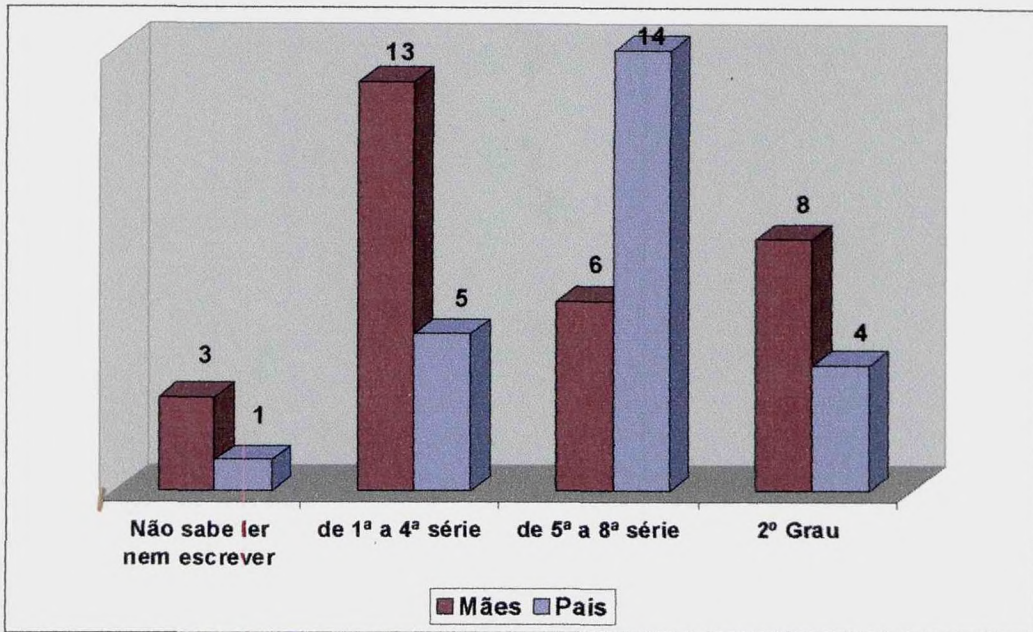


Gráfico 4 – Nível de escolaridade dos pais.

Encontra-se aqui um considerável número de pessoas que possuem até quatro anos de estudo. Segundo o IBGE (2005), pessoas com menos de quatro anos completos de escolaridade são consideradas analfabetas funcionais, ou seja, apesar de alfabetizadas, não são suficientemente familiarizadas à escrita, leitura, interpretação de informações e operações elementares. Contudo, esse é um dado muito relativo dependendo muito mais de como se deu esse processo de escolarização. Pode-se verificar a existência de analfabetos funcionais que passaram mais de quatro anos na escola ou de alfabetizados funcionais que nunca a frequentaram.

Porém, não se pode negar que as pessoas que fazem parte das famílias aqui apresentadas possuem um baixo nível de instrução, o que traz implicações, por exemplo, no que diz respeito à dificuldade de inserção formal no mercado de trabalho, como consta no **Gráfico 5:**

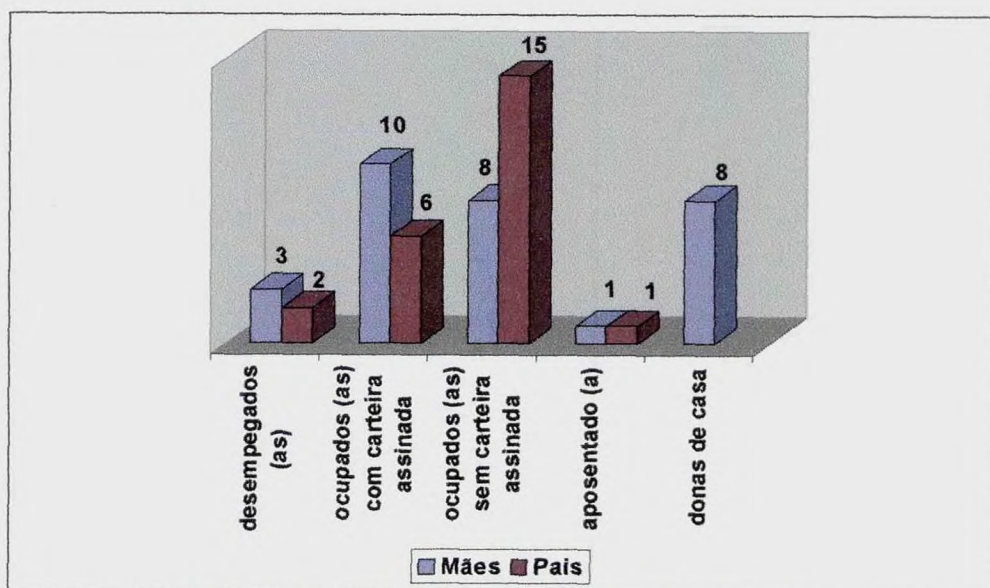


Gráfico 5 – Situação ocupacional dos pais.

Analisando isoladamente a parcela feminina, o gráfico evidencia a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho. Fato que atinge a realidade brasileira como um todo, observando-se um número crescente de mulheres casadas ingressando no mercado de trabalho nas últimas décadas, complementando o orçamento familiar diante das dificuldades de prover o lar.

Apesar de a figura feminina gradativamente vir ocupando o espaço público da vida social, a partir das falas trazidas nas entrevistas, fica claro que a responsabilidade pelos filhos, bem como pela administração da economia da casa está ainda a cargo das mulheres, mesmo nas famílias que contam com a presença da figura paterna. É importante destacar, aqui, que apenas uma entrevista foi realizada com um homem, as restantes foram em maioria com a mãe e, em alguns casos, a avó ou a irmã. Como também são as mulheres que levam a criança ao pediatra e comparecem às reuniões do grupo Hora de Comer. Ou seja, mesmo trabalhando fora, têm que aliar o trabalho remunerado, o cuidado com os filhos e as atividades domésticas.

A análise do gráfico 5 ainda aponta que há um expressivo número de pessoas ocupadas sem carteira assinada, 23 no total. Tais empregos constituem-se pelos chamados “bicos” caracterizados pela informalidade²⁸, que no caso das mulheres encontra-se

²⁸ Segundo Silva e Barbosa (2004, p.3), “o uso da expressão trabalho informal tem suas origens nos estudos realizados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), no ano de 1972” se referindo a “atividades econômicas consideradas à margem da lei e desprovidas de qualquer proteção ou regulação pública”. Inscreve-se, portanto, no campo a ausência de relações contratuais regidas por legislação trabalhista e fiscal, ou seja, vigorando baixos salários, longas jornadas de trabalho e, completa falta de direitos sociais por parte dos trabalhadores.

prioritariamente entre as faxineiras diaristas e, no caso dos homens, entre os pedreiros e eletricitas. Renda mensal, portanto, inconstante.

Quando possuem carteira assinada, são trabalhos que não exigem tanta qualificação profissional, tanto no caso das mulheres (costureira, serviços gerais, empregada doméstica, operadora de caixa de supermercado) quanto nos homens (operário, serviços gerais, vigia, cozinheiro). Algo que se justifica ao perceber-se que se constituem por pessoas com pouca oportunidade de acesso à educação e à qualificação profissional.

Principalmente a partir dos anos 90, o país passou por consideráveis transições econômicas e tecnológicas, fruto da reestruturação produtiva e organizacional, que trouxeram grandes implicações no mercado de trabalho. O avanço tecnológico vem exigindo capacitação dos trabalhadores e constrói um descompasso entre o perfil da maior parte da população ativa brasileira e a imposição do mercado de trabalho, expressando-se em um crescente contingente de desempregados e sub-empregados. Tal panorama resulta no contínuo crescimento do trabalho informal, que surge como recurso de sobrevivência, já que se tratam de atividades que não exigem níveis elevados de escolaridade (SILVA; BARBOSA, 2004).

Há um movimento de flexibilização das formas de contratação da mão-de-obra, com impactos negativos nas condições de trabalho, fragilizando direitos sociais historicamente construídos, sendo uma população desprovida do acesso a encargos sociais de direito do trabalhador. Como reflexo desse panorama, é cada vez mais restrito o número de trabalhadores vinculados à Previdência Social. A maioria das pessoas entrevistadas não possui vínculo empregatício e, devido aos baixos rendimentos, não tem condições financeiras de contribuir para a Previdência. A preocupação com o futuro para essa população é limitada: a luta diária pelo provimento da sobrevivência consome suas perspectivas de vida.

Além disso, o processo de precarização do trabalho também traz implicações na jornada de trabalho, conforme se apresenta no **Gráfico 6**:

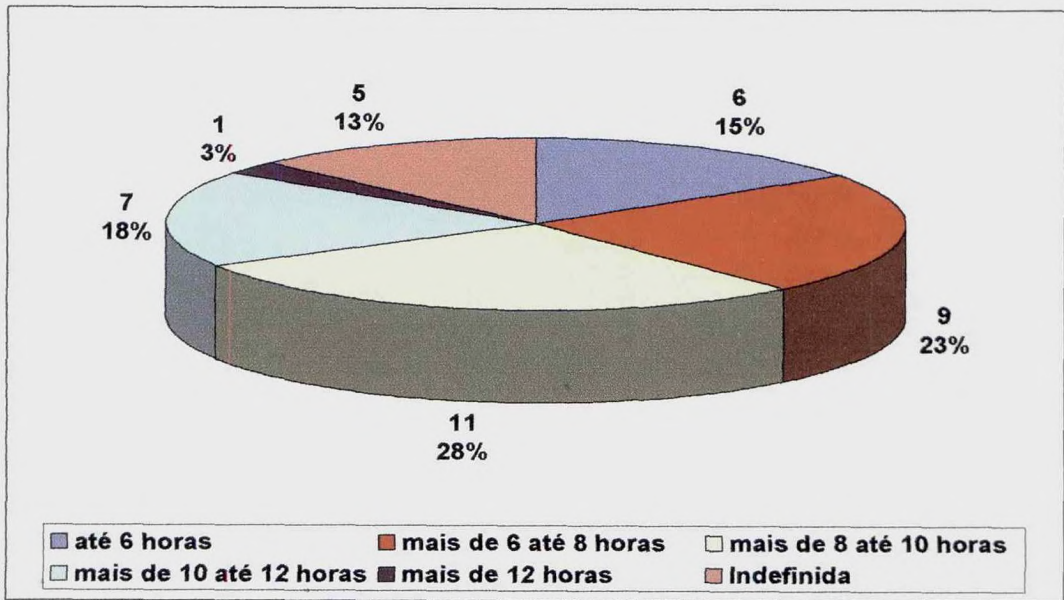


Gráfico 6 – Carga horária de trabalho diária dos pais.

Existe um considerável número de pessoas ocupadas trabalhando mais que a jornada de trabalho legal prevista no Brasil equivalente há 8 horas diárias. Um pouco mais da metade dos assalariados entrevistados encontram-se nessa condição ilegal de trabalho. As pessoas que estão assinaladas como carga horária de trabalho indefinida também abrangem esse patamar. Isto porque incluem-se dentre os trabalhadores inseridos na informalidade e relatam que se submetem a longas jornadas de trabalho pelo fato de trabalharem quando uma oportunidade aparece e não poderem perder a chance de garantir algum rendimento.

Entretanto, o tempo que o trabalho consome em seus dias não corresponde ao salário que recebem. A baixa remuneração é outra consequência das condições precárias de inserção no mercado de trabalho, conforme consta nos **Gráficos 7 e 8**²⁹:

²⁹ Os cálculos apresentados nos gráficos 7 e 8 não contam com os possíveis benefícios que a família possa receber, considerando apenas a renda proveniente de trabalho remunerado.

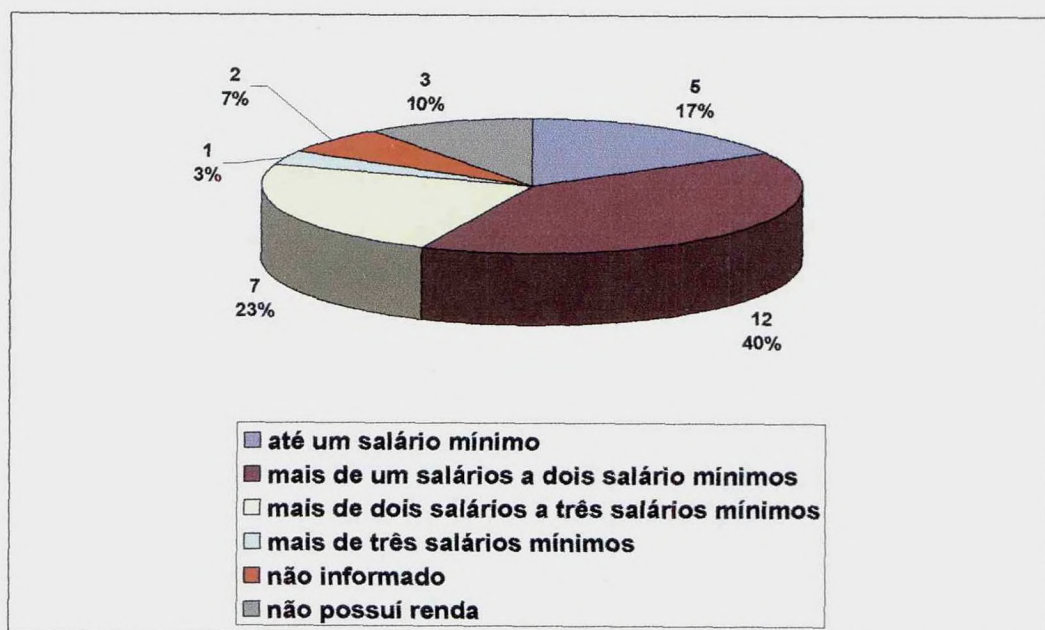


Gráfico 7 – Renda familiar bruta³⁰

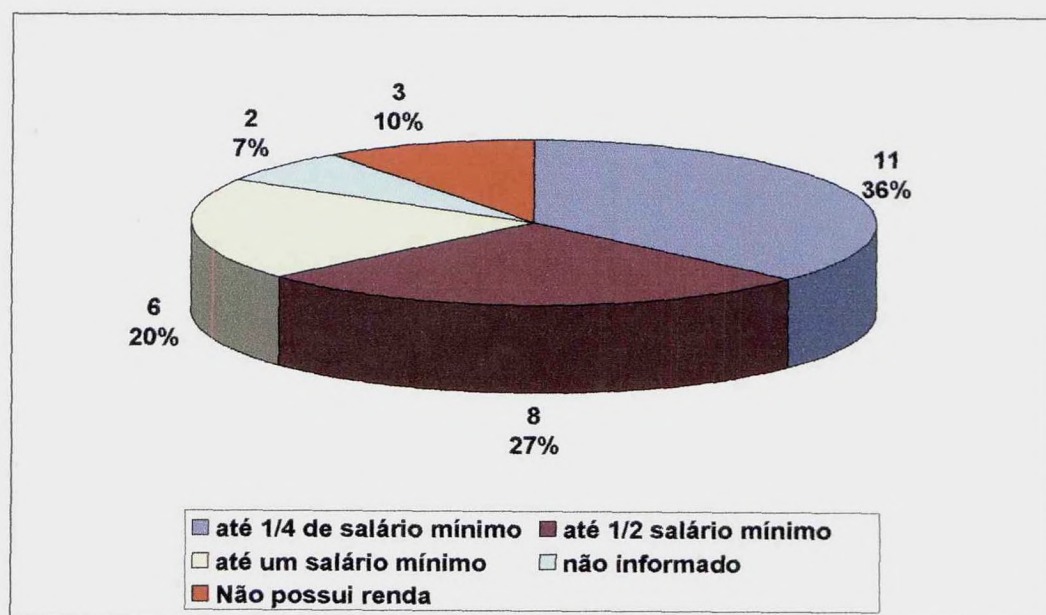


Gráfico 8 – Renda familiar *per capita*

Analisando o **Gráfico 7**, totalizam 40% de famílias que possuem renda entre um e dois salários mínimos mensais. Posteriormente, entre os números mais expressivos, têm-se 23% das famílias no intervalo de dois a três salários, 17% com rendimentos de até um salário mínimo e 10% das famílias não possuem renda. Contudo, quando se traduz tal dado em

³⁰ O salário mínimo considerado aqui equivale ao vigente no período da realização da pesquisa: R\$ 350,00.

cálculo *per capita*, conforme o **Gráfico 8**, a precariedade dos rendimentos das famílias ficam mais nítidos.

De acordo com Ramos e Santana (2003, apud LIMA, 2006) a linha de indigência é estabelecida em $\frac{1}{4}$ do salário mínimo de renda familiar *per capita* e a linha de pobreza em $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita*. Dessa maneira, pode-se dizer que, além dos 10% que não possuem renda, pelo menos 36% das crianças acompanhadas pelo Programa Hora de Comer têm suas famílias em situação de indigência. E outras 27% encontram-se em situação de pobreza.

Martins (1999 apud, SPOSATI, 2000) aponta que a linha da indigência seria a linha da fome, em que a renda é suficiente apenas para uma escassa alimentação, com base no mínimo de calorias indispensáveis à sobrevivência. Já a linha da pobreza chega a cobrir, além da alimentação, outras necessidades pessoais mínimas, permanecendo ainda a família em condições precárias.

Segundo pesquisa divulgada pelo DIEESE³¹ (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos) em dezembro de 2006, o custo da cesta básica em Florianópolis foi de R\$ 168,60. Reafirma-se a situação econômica frágil dessas famílias, se se considerar que esse valor cobre a necessidade básica de alimentação de uma única pessoa, e as famílias aqui apresentadas possuem uma média de 5,3 pessoas co-habitando em uma mesma residência.

Trata-se, portanto, de um grupo populacional que, com certeza, apresenta dificuldades de provimento dos bens necessários ao bem-estar mínimo. Desses valores provém a fonte básica de subsistência de toda a família, sendo resultado principalmente do trabalho do casal (46%), de acordo com o **Gráfico 9**. Na maioria dos casos que foram apresentados, a renda familiar fixa, ou seja, o valor que a família pode contar todo o mês, é proveniente do salário destes, sendo que os demais moradores da casa, quando não são dependentes, contribuem financeiramente com a família de forma esporádica ou no pagamento de contas.

³¹ Informação retirada do site: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/cesta.xml>>

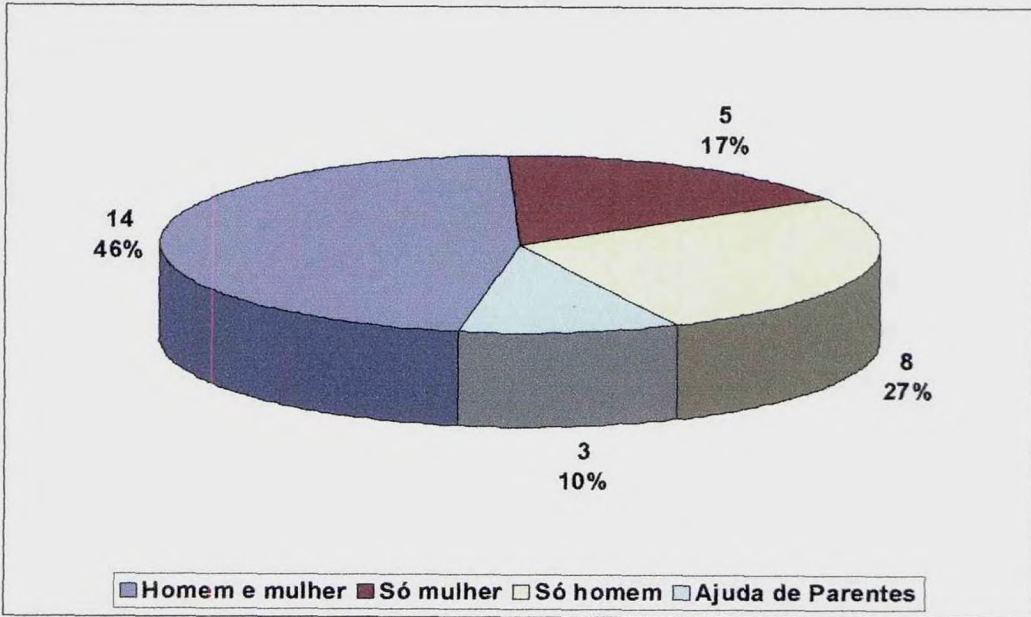


Gráfico 9 – Responsável pelo sustendo da família no momento.

Quando a provisão do lar vem da ajuda de parentes (3%), trata-se daqueles casos onde os pais estão à procura de emprego. Nos 17% em que só a mulher é responsável, constituem-se por famílias monoparentais chefiadas por mulheres ou onde o marido encontra-se desempregado. Nos casos em que só o homem responde pelo rendimento familiar (27%), correspondem, em maioria, de casos de mulheres donas de casa, ou seja, que ficam em casa dedicadas ao cuidado dos filhos, até mesmo porque, como já citado anteriormente, há um predomínio de crianças pequenas nas famílias.

Apesar de necessitarem de trabalho para complementar a renda da família, a falta de um número suficiente de creches públicas para a demanda do bairro contribui para que essas mulheres não tenham outra opção e fiquem em casa para cuidar das crianças, quando lhes falta uma rede de apoio familiar para isso. As vagas são reservadas prioritariamente para famílias onde o casal trabalha, depois para casos em que um dos dois trabalha e, por último, para aqueles que não estão empregados, e, necessariamente, essas pessoas são aquelas que buscam vagas em creche, para posteriormente procurarem emprego. A carência de creches com certeza é um grave problema encontrado na comunidade e fonte de queixas de muitas das famílias atendidas durante o período de estágio curricular.

Ainda no que se refere à questão da subsistência familiar, um número expressivo de famílias recebe algum benefício assistencial como complemento à renda. Dentre estas, a maioria está vinculada ao Programa Bolsa Família (45%), como se observa no **Gráfico 10**:

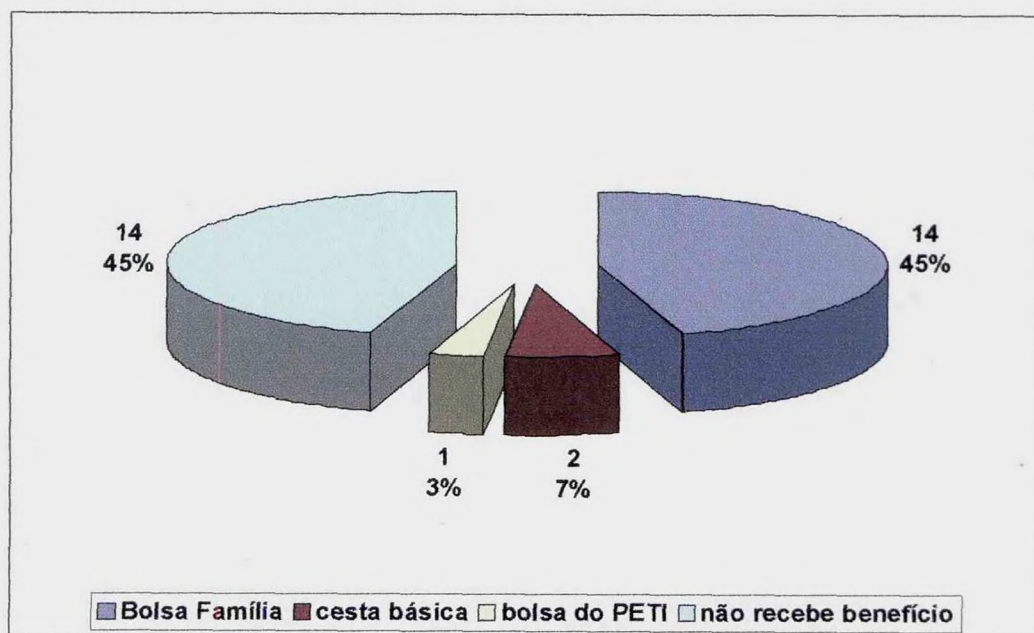


Gráfico 10 – Benefício assistencial que a família recebe.

Das famílias que não recebem nenhum tipo de auxílio (45%), pelo menos quatro delas já fizeram o cadastro para receber o benefício Bolsa Família e aguardam resposta. As cestas básicas presentes no gráfico são distribuídas pela Paróquia do bairro, dessa forma, benefícios não-governamentais.

Ao analisar tais dados, percebe-se uma sobreposição de ações de diversos programas ou projetos sem nenhum tipo de articulação e comunicação entre eles. Parte significativa das famílias, além da cesta nutricional do Programa Hora de Comer, recebe outro tipo de benefício, ou seja, estão vinculadas a outros programas. Tal fato é fruto da focalização e fragmentação na efetivação das políticas sociais, que se destinam a atender apenas uma demanda específica, não atentando para totalidade das demandas que a família apresenta, fazendo com que esta tenha que recorrer a várias instituições para satisfazer suas necessidades.

3.3.4 Situação habitacional.

Quanto à situação habitacional, em sua maioria as residências são de alvenaria (67%), o restante se subdivide em madeira (20%) e mistas (13%). Do total, 70% mencionaram que residem em casas próprias como consta no **Gráfico 11**:

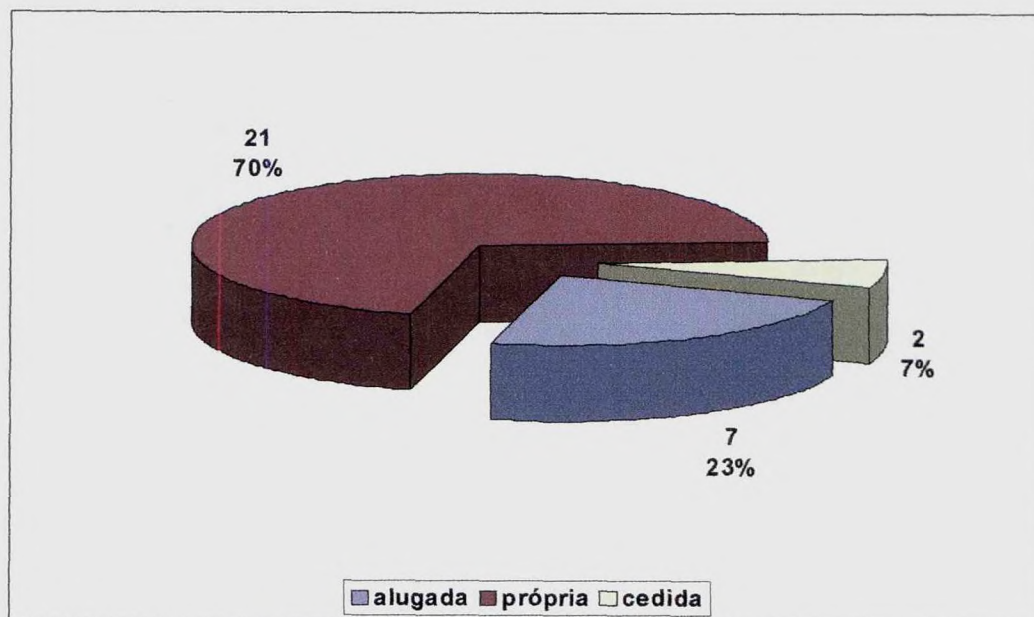


Gráfico 11 – Situação da residência.

Mesmo indicando como próprias, grande parte dessas casas foram erguidas em terrenos de ocupação, não possuindo nenhum tipo de documentação, sendo construídas pela própria família à medida que conseguiam juntar algum dinheiro. Assim, edificadas sobre espaços públicos ou clandestinos, não possuindo a propriedade legal do terreno. Conseqüência disso, parte considerável dessas residências estão em áreas de difícil acesso. Pelos relatos, se tratam de casas pequenas, simples e com poucos cômodos, estando localizadas nas regiões mais altas dos morros existentes no bairro. O não pagamento do IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano), conforme o **Gráfico 12**, correspondendo a 80% dos moradores, reafirma a propriedade ilegal do terreno.

As condições de moradia ficam mais nítidas quando se analisam os demais dados apresentados no mesmo gráfico, que ilustra a cobertura dos serviços públicos nessas residências. Serviços essenciais como luz e água não são pagos por parte expressiva dos entrevistados. Isso porque, no caso da luz, têm-se as instalações ilegais (popularmente chamados de “gatos”) e em muitas casas a água provém de poços artesianos, sem nenhum tipo de tratamento, ou o abastecimento é compartilhado pelos vizinhos. E quanto ao telefone fixo, pelo alto valor do serviço e diante da condição financeira dessas pessoas, vem cada vez mais perdendo espaço para o telefone celular, que tem ficado mais acessível nos últimos anos.

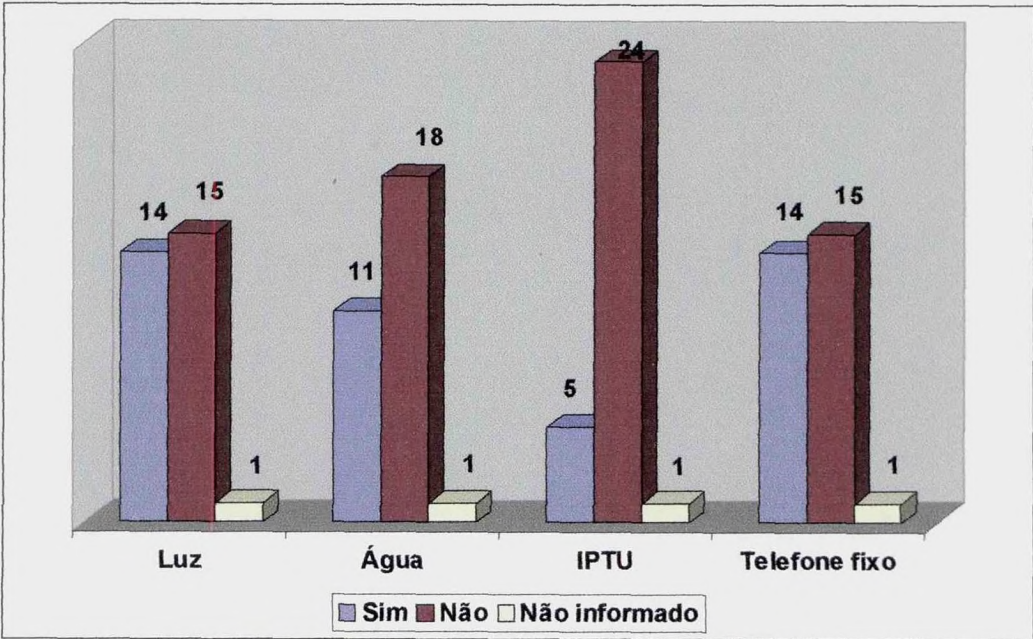


Gráfico 12 – Serviços pagos pela família.

3.3.5 A relação da família com o bairro.

Quando solicitado para apontarem um problema na comunidade, surgiram principalmente: violência e drogas/tráfico (31%), conforme **Gráfico 13**. Isso principalmente quanto ao medo que os pais têm sobre o envolvimento dos filhos, tanto no que se refere ao consumo, como também ao tráfico das drogas.

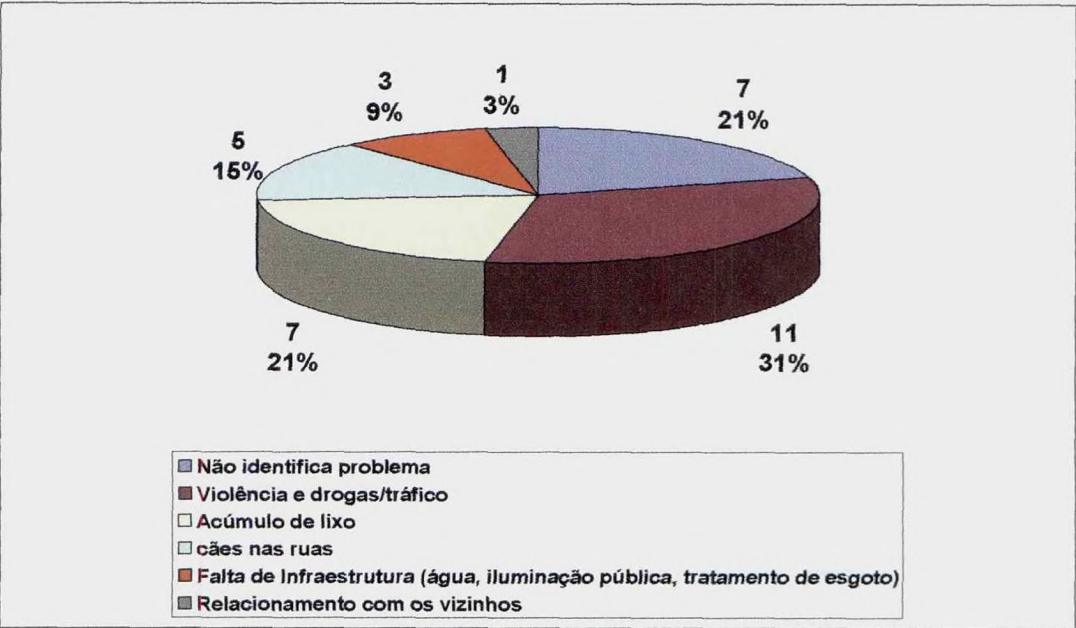


Gráfico 13 – Problemas do bairro.

Agronômica é um bairro marcado pelo intenso tráfico de drogas e, conseqüentemente, pela violência. Dois pontos são levantados para análise da problemática: o tráfico surge entre as famílias mais pobres como alternativa de sobrevivência; e, de outra maneira, sabe-se que os traficantes atuam como uma espécie de “governo paralelo” entre os residentes dos bairros de periferia. Muitas das famílias entrevistadas falam que o medo da violência, a que se referem, seria mais por parte da atuação dos policiais (que deveriam assegurar a proteção a estas) do que dos próprios traficantes. Uma das entrevistadas ainda verbalizou: *“Os traficantes são gente boa, se a gente não incomodar eles, eles ficam no canto deles sossegados e não incomodam a gente”*.

As condições de armazenamento do lixo para coleta (21%) foi apontado como outra questão que preocupa os moradores, sendo a segunda resposta mais lembrada. Nos bairros, há o serviço de coleta pública e as lixeiras comunitárias que, segundo alguns relatos, além do mau cheiro, contribuem para proliferação de ratos e insetos. Os cachorros de rua surgiram também como queixa dos entrevistados (15%), pois, ao cercarem os locais de depósito de lixo, acabam por espalhá-lo antes de acontecer a coleta.

É interessante perceber que apesar das condições precárias de sobrevivência em que se encontram, 21% dos entrevistados não identificam nenhum problema no bairro onde residem.

Quanto às principais atividades de lazer da família mais significativamente, foram apontadas: a TV (44%), a Igreja (27%) e passeios e visitas aos parentes (13%), como identificado no **Gráfico 14**:

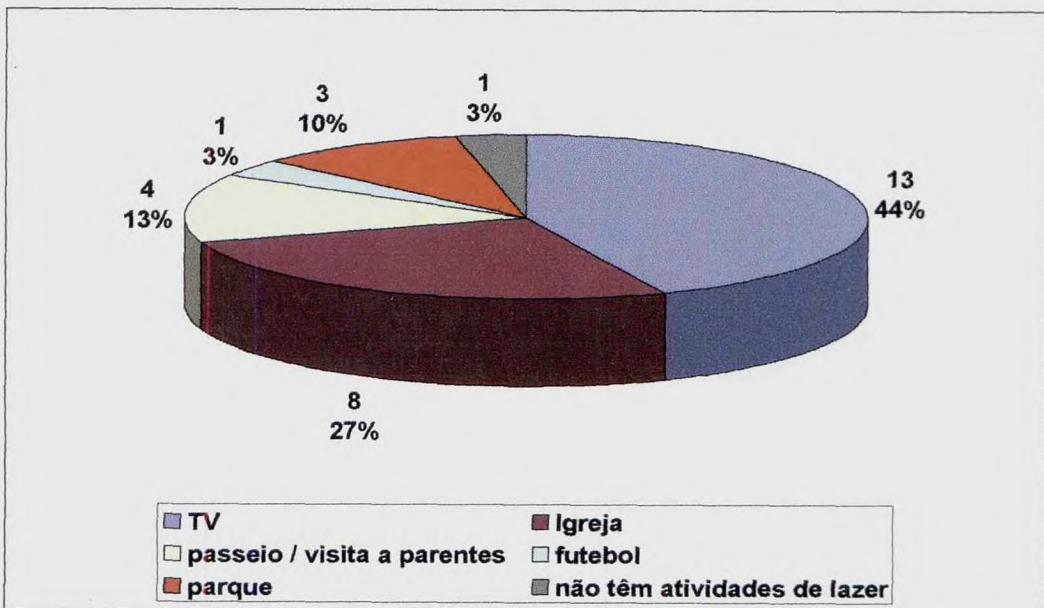


Gráfico 14 – Principal atividade de lazer da família.

No próprio bairro, não há espaços pensados para o lazer e até mesmo a localização das casas dificulta o deslocamento para outros lugares. Desse modo, as atividades para a família são restritas, além da condição financeira tornar praticamente nula a possibilidade desse tipo de investimento. O acesso a atividades culturais, como teatro e cinema, estão muito distantes quando se fala de uma realidade onde mesmo a comida é escassa.

3.3.6 A desnutrição infantil sob a ótica das famílias.

Tentando conhecer a percepção que as próprias famílias têm quanto à desnutrição infantil, foram questionadas sobre os motivos que levariam a criança a não recuperar o peso, em seu entendimento. Entre as respostas mais significativas, 41% assinalaram a falta de apetite e outros 40% não souberam informar, acreditando que a criança come bem, como exposto no **Gráfico 15**:

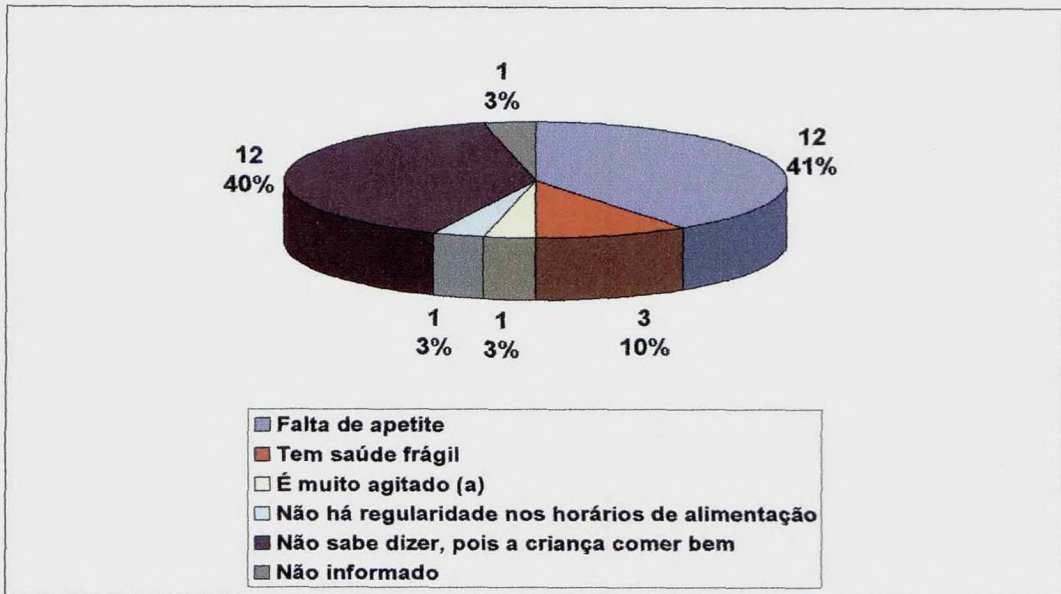


Gráfico 15 – Fatores que contribuem para a criança não recuperar o peso na perspectiva das famílias.

Em geral, todas as respostas transparecem uma preocupação por parte das famílias em torno dos aspectos biológicos e da alimentação em si, não apresentando uma compreensão sobre outros determinantes que podem interferir na questão da desnutrição infantil. Algumas pessoas chegaram a expressar durante as reuniões do Grupo Hora de Comer sua insatisfação

quando o assunto tratado no encontro não dizia respeito diretamente à alimentação: *“Queria mesmo é que me dissessem o que devo fazer para meu filho comer e ganhar peso”*.

Apesar de não terem isso explícito em seu entendimento, suas próprias falas em outras oportunidades reafirmam que há mais que aspectos biológicos ligados à questão. Levantando como exemplo o desmame precoce que não aparece entre as respostas obtidas através da aplicação do formulário, mas surgiu entre os participantes durante as reuniões do Grupo Hora de Comer como possível causa da desnutrição. Foram vários os relatos de mães que pararam de amamentar precocemente, até antes dos seis meses, período onde a amamentação é recomendada como única fonte de alimentação da criança. Silva (2006) defende que o leite materno é o alimento ideal durante os primeiros meses de vida, isso porque os elementos nele contidos atendem as necessidades nutricionais e imunológicas para um crescimento e desenvolvimento adequados. Alimentar-se apenas de leite materno nos seis primeiros meses de vida ajudaria a reduzir o risco de desnutrição entre outros problemas de saúde.

Todavia, a questão do desmame precoce não pode ser analisada isoladamente, pois é consequência, em parte dos casos, da condição social e financeira precária que fazem com que as mães tenham a necessidade de retornar às atividades remuneradas como forma de sobrevivência da família. Dessa forma, a introdução de outros alimentos além do leite materno tende a acontecer antes do recomendado, principalmente nos casos de trabalhadoras sem carteira assinada, onde o retorno se dá mais cedo ainda, ao não terem acesso ao direito da licença maternidade.

Outras mães relataram, também, que seus filhos nasceram prematuros e com baixo peso e a isso atribuem a situação de desnutrição. Monte (2000, apud SILVA, 2006, p.17) “sugere que a prematuridade e o baixo peso ao nascer são causas predisponentes de desnutrição, uma vez que, após o nascimento, concorrem para a desnutrição, com a falta de aleitamento materno”. Mas a frequência do baixo peso ao nascer relaciona-se com fatores tanto ligados à saúde materna, como às condições sociais da família.

Pelo menos quatro famílias possuem mais de um filho no Programa. E algumas mães contaram já ter tido outros filhos participando e que foram desligados por atingirem a idade limite, um “problema” então que não é isolado a apenas um indivíduo do grupo familiar. Tal fato indica que a desnutrição, no caso dessas famílias, extrapola a questão biológica, sendo reflexo de um conjunto de aspectos econômicos e sociais.

Com os exemplos expostos, a intenção não é levantar uma relação causa e efeito. Até mesmo porque, como já afirmado, a desnutrição é um fenômeno multicausal. No entanto, através desses apontamentos, busca-se mostrar que esses fatores estão intrinsecamente relacionados e interligados, fazendo parte de um mesmo contexto, e só assim podem ser analisados. Ao contrário, corre-se o risco de assumir uma postura parcial e até equivocada frente ao assunto.

3.4 O PROGRAMA HORA DE COMER *VERSUS* O PERFIL DAS FAMÍLIAS.

3.4.1 As famílias, a proteção social e a desnutrição infantil.

Levando a discussão da proteção social para as políticas de atenção à saúde da criança como o Programa Hora de Comer, Ramos e Bonassa (2006) apontam que, por trás da criança em situação de risco, está a família desassistida por política públicas. Ou seja, a proteção social estatal não é suficiente para corresponder às suas necessidades e demandas, não oferecendo um apoio básico para que a família cumpra suas funções integralmente.

Pode-se dizer que é no seu contexto que se preserva a saúde e se lida com possíveis indisposições. Não resta dúvida que a situação de bem-estar das crianças e dos adolescentes encontra-se diretamente relacionada à possibilidade de manterem um vínculo familiar estável (RAMOS; BONASSA, 2006, p.9).

Desse modo, as famílias “não são apenas espaços de *cuidados*, mas principalmente, *espaços a serem cuidados*” (MIOTO, 2000, p.220 – grifos originais), pois “para a família proteger é necessário garantia de condições de sustentabilidade para a proteção” (MIOTO, 2006c, p.21). É premente que tenham recursos e serviços à sua disponibilidade que lhes assegurem suporte para que possam satisfazer as necessidades básicas de seus membros.

Na realidade das famílias aqui apresentadas, seguindo a tendência do desmonte da proteção social provida pelo Estado nota-se uma ausência em quantidade e qualidade de serviços e políticas públicas que lhes dêem suporte. A “rede de apoio” institucional é deficiente, em quantidade e qualidade. Aqueles serviços que chegam ao acesso dessa população atuam de forma compensatória, sob a lógica do “tratamento” e não da **promoção**.

Isto é, as famílias chegam à instituição quando já apresentam algum problema que vem interferindo em sua dinâmica. Ou seja, tem acesso precário aos serviços básicos de educação, lazer, cultura, etc., fazendo com que possuam poucas ferramentas para romper com o ciclo de pobreza e superar a identidade de excluídos. Não lhes são oferecidos se quer oportunidades ou condições para transformações em direção a uma melhor qualidade de vida.

Durante a realização do estágio curricular, com o atendimento das famílias vinculadas ao Programa Hora de Comer, fica nítida tal deficiência. Os encaminhamentos necessários para suprir as necessidades apresentadas pelos usuários eram bastante limitados, seja pela falta de recursos materiais e financeiros ou pela instituição acionada estar sobrecarregada. Isso tanto no que se refere às famílias que demandavam um acompanhamento por parte de instituições especializadas (ex: uso abusivo de álcool), como para atendimentos que necessitavam de ações emergenciais (ex: benefício de cesta básica).

A distância também se torna um elemento dificultador, pois os serviços possuem atendimento centralizado e a maioria da população reside nas regiões mais altas dos morros localizados no bairro, fator que dificulta a locomoção. Em algumas regiões, os moradores podem contar com o transporte coletivo, no entanto não possuem dinheiro para pagar a passagem.

Diante desse panorama de “desproteção” Estatal, percebe-se na dinâmica familiar dos entrevistados a criação de estratégias de sobrevivência pautadas principalmente na solidariedade familiar. A família, que envolve não só parentes, mas vizinhos próximos, forma uma rede social de apoio, que, principalmente em famílias em situação de pobreza, torna-se suporte e condição para a sobrevivência.

Segundo Speck (1989 apud MORE, 2005, p.289), essa rede social seria formada por “um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, com capacidade de aportar uma ajuda e um apoio tão reais como duradouros a um indivíduo ou família”. Uma rede de solidariedade e ajuda com a qual a família pode contar tanto em pagar às contas, no aluguel ou ainda alguém que tome conta das crianças em urgências, por exemplo (CARVALHO, 2000, p.97).

A Igreja, mais marcadamente a Igreja Católica, é outra fonte de apoio identificado na realidade estudada. A solidariedade oferecida pela Igreja se traduz não só no campo espiritual, mas também material, oferecendo atividades voltadas à assistência social, que apesar de ser paliativa e com forte apelo caritativo, é a mais acessível a essas famílias.

Referente ainda a políticas de proteção social, averiguou-se uma quantidade expressiva de famílias acompanhadas por vários programas, projetos e instituições de maneira simultânea. Cada um deles atua de forma isolada sobre um foco diferenciado, atendendo as demandas que se encaixam em sua política específica, não havendo nenhum tipo de comunicação entre esses diferentes serviços: expressão da fragmentação do indivíduo na atenção pública.

Através dessa lógica, o usuário é encaminhado a diferentes instituições de diferentes áreas (saúde, educação, justiça, assistência social), levando seus “membros-problema” (MIOTO, 2000), onde cada uma vai responder de acordo com seus recursos, a um parte das necessidades do usuário, como se as demandas por ele apresentadas não estivessem interligadas fazendo parte de uma mesma realidade. Políticas públicas estas que por atuarem de forma setorizada e fragmentada, acabam por não atingir um impacto na vida dessas famílias. As várias instituições que deveriam servir de suporte umas para as outras, formando uma rede de atenção integral, acabam por atuar totalmente desvinculadas entre si.

Mioto (2000, p.221) aponta que “os cuidados sociais às famílias e segmentos sociais vulneráveis prevêem propostas e ações em vários níveis que estejam em contínua comunicação para que possam ser atendidas as reais demandas dessa população”. Nesse sentido, os serviços de atenção às famílias têm de ser pensados e efetivados de forma intersetorial, para que se concretizem de modo mais eficiente, proporcionando um tratamento equitativo e resultados transformadores nas condições de vida dessa população.

Pode-se utilizar aqui como exemplo o Programa Bolsa Família³², que na realidade estudada cobre 45% das famílias, sendo que há ainda outras que estão no cadastro aguardando resposta. Tal programa realiza a transferência de renda às famílias em situação de pobreza, com renda *per capita* de até R\$ 120,00 mensais. Tal iniciativa veio unificar vários benefícios (Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio gás) objetivando contribuir para a redução da extrema pobreza e da desigualdade e na melhoria da situação alimentar e nutricional das famílias beneficiárias.

A complementação de renda representa para muitas das famílias atendidas a garantia da provisão do básico à sua sobrevivência. Apesar de a quantia transferida às famílias ser baixa, é uma iniciativa positiva no sentido de ter como foco de atenção a família e conseguir proporcionar certa autonomia a esses sujeitos.

³² Informações sobre o Programa Bolsa Família foram retiradas do *site*: <<http://www.mds.gov.br>>

Todavia, ainda encontra-se no *status* de Programa, podendo ser extinto ou sofrer bruscas alterações em uma nova gestão. E mudanças reais na situação social e econômica de uma população acontecem em longo prazo, sendo a continuidade das ações imprescindível, além de necessitar de uma maior articulação entre a política de renda mínima e as ações em outras áreas, como educação e saúde. Tomando como exemplo, o contexto estudado, percebe-se que o Bolsa Família não está articulado com as políticas locais, como o Programa Hora de Comer que também possui uma interface com a questão da alimentação.

Finalmente, tomando como apoio Miotto (2006c), pode-se dizer que a defesa da retomada da família como unidade de atenção das políticas públicas, aqui defendida remete-se a assumi-la como foco de atenção, numa perspectiva **protetiva**. Significa tomar a família como eixo de prioridade das ações governamentais pela importância que tem na proteção de seus membros, merecendo serem “cuidadas”, enquanto sujeitos de direitos.

3.4.2 A focalização do Programa no atendimento a desnutrição infantil.

Com os dados obtidos, nota-se que as famílias participantes do Programa Hora de Comer apresentam uma situação de vulnerabilidade e que a desnutrição infantil é apenas uma das faces do contexto de privação de direitos. Dessa maneira, demonstram que qualquer atuação sobre a desnutrição infantil deve ter um olhar mais ampliado.

O Programa tem como foco de atenção à criança em situação de desnutrição, oferecendo mensalmente um cesta nutricional encarada como um “remédio”. E enquanto “remédio”, é destinada apenas àquela criança específica que está inscrita no Programa. Assume, portanto, uma perspectiva duplamente focalista concernente tanto a sua centralização de atenção apenas na criança, como a sua atuação restrita aos aspectos biológicos da desnutrição infantil, ignorando o espaço sócio-familiar e o ambiente social que envolve essas crianças.

Os baixos salários, a intensa carga horária de trabalho a que se submetem para garantia do sustento, a dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal, a baixa escolaridade, a situação precária e ilegal de moradia evidenciam que a situação em que essas famílias se encontram é produto das relações econômicas e sociais que permeiam a realidade atual, portanto, algo que tem raízes na forma como se estrutura nossa sociedade. Circunstâncias essas que já se refletem nos seus filhos e não apenas pela desnutrição, mas

pelo baixo aproveitamento nos estudos, marcado por considerável índice de repetências, bem como a evasão escolar e a inserção precoce no mercado de trabalho, criando-se um ciclo que tende a reforçar a pobreza entre as gerações.

É por isso que o acesso ao alimento não pode ser o foco único de uma política pública destinada à desnutrição. O Programa não responde as necessidades reais da população quando só distribui o alimento, sendo necessário ter um olhar sobre a assistência integral à saúde infantil, ampliando a atuação sobre o ambiente familiar.

A expansão desmedida de ações de distribuição de alimentos, ao contrário do que talvez indiquem o senso comum e a indignação justificada diante de uma sociedade tão injusta e plena de problemas como a brasileira, implica consumir recursos que poderiam faltar para ações sociais mais bem justificadas e mais eficientes (MONTEIRO, 2003, p.19).

A concessão de alimentos é um meio, mas não um fim da intervenção. Para ser realmente efetiva, tem de associar-se a um conjunto de serviços de proteção social que proporcionem o desenvolvimento de condições para a sustentação do grupo familiar, caso contrário intervirá paliativamente, atingindo apenas os efeitos, não interferindo sobre as reais raízes da questão.

O Programa Hora de Comer assume a forma como as políticas sociais estão organizadas no atual panorama neoliberal, e, então, “não incluem a idéia da família como uma totalidade; ao contrário, são implementadas em função de indivíduos” (MIOTO, 2000, p.126). A individualização das necessidades sociais que baseia as relações sociais propõe essa proteção voltada apenas para o indivíduo como portador de direitos e não a família como um coletivo, assumindo-as enquanto responsável pela provisão de condições adequadas à sua vida.

As ações estatais não oferecem atenção sobre a teia de necessidades familiares. Segundo Miotto (1997), as instituições e serviços estão organizados para atender o “usuário-problema”, numa leitura limitada das demandas colocadas. Utiliza-se de procedimentos que funcionam na lógica do “diagnóstico” e “tratamento” do indivíduo específico, traduzindo-se em uma intervenção parcial e localizada. Quando na verdade não é apenas aquele usuário que chega até a instituição que necessita de atenção, mas a família como um todo. Sendo na verdade essencial ir além da resolução dos problemas individuais, necessitando mudanças nas relações familiares e na relação da família com a sociedade.

Transportando essa discussão aos aspectos nutricionais, torna-se fundamental considerar o entorno social em que se inserem os sujeitos, tendo em vista a obtenção de melhorias nos índices de desnutrição infantil. A família, como principal responsável pela criança da infância à adolescência, é, portanto, também responsável por sua alimentação adequada. Por isso, a desnutrição infantil deve ser vista de forma ampliada, observando todo o contexto familiar no qual a criança está inserida, estando a família diretamente ligada a ela (RAMOS; BONASSA, 2006).

A abordagem familiar aqui proposta consiste em descolar a ênfase da intervenção, rompendo com o enfoque sobre a criança e proporcionando uma atuação sobre totalidade das questões de ordem sócio-econômicas e culturais que permeiam seu cotidiano. No caso da desnutrição infantil, deslocar o foco da criança para a família abre a possibilidade de intervenção sobre os determinantes sociais que podem estar envolvidos na situação de saúde.

Essa perspectiva familiar permite que não se trabalhe com um patamar apenas curativo, mas também de promoção da saúde (MIOTO, 2006b). Segundo a autora, a família, no contexto da promoção da saúde, é um sujeito de referência tanto porque “as condições de vida de cada indivíduo dependem menos de sua situação específica que daquela que caracteriza sua família. Ou seja, o indivíduo é avaliado muito mais pelas condições de vida de sua família que pelo seu status individual na sociedade” (CIOFFI, 1998, apud MIOTO 2006b, p.6), bem como pelo fato de que “a família é o espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos”. (TRAD e BASTOS, 1998, apud MIOTO, 2006b, p.7). E ainda sujeito privilegiado no contexto da promoção da saúde enquanto sujeito cuja saúde deve ser promovida; e como sujeito que promove a saúde.

A partir disso, a família não pode ser interpretada como um problema, mas como um recurso, como parte da solução (MINUCHIN, 1999). É importante analisar e identificar os recursos da própria família e que podem ser canalizados na criação de um contexto mais protetor, num movimento de fortalecimento como espaço de proteção social.

Apoiar-se em tal idéia implica em assumir que as atividades voltadas à desnutrição transcendem os objetivos a curto prazo, proporcionando a percepção de que sua superação pressupõe as ações a nível micro, mas também macro-social. Tem que se voltar para além dos cuidados básicos em saúde, estando articuladas a investimentos na educação básica, na formação profissional, no combate a pobreza e para um crescimento econômico aliado à redistribuição de renda e à geração de empregos.

Torna-se imperativo pensar em políticas de inserção social por meio das quais, mais que distribuir alimentos, é necessário resgatar a auto-estima e a cidadania dessas pessoas. Ações emergenciais não ficam descartadas, até porque a fome é algo que demanda imediatismos, entretanto políticas estruturais não podem ser deixadas de lado para uma transformação real da situação de saúde não só do indivíduo em desnutrição mais da família como um todo.

De acordo com as diretrizes para uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional apontadas pelo CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (2004, p.5), as ações emergenciais

[...] devem ser planejadas em função de objetivos mais amplos de inclusão social. Para isso, devem ter caráter temporário e se articularem com iniciativas que visem romper com a dependência da população atendida, desenvolvendo as capacidades individuais e coletivas de autocuidado, adquirindo, assim, uma perspectiva emancipatória. A forma como as ações são implementadas, independentemente do tipo, também é importante. Elas devem ser pautadas na perspectiva dos direitos humanos e da cidadania, sob valores éticos e de equidade, reforçando, assim, a autonomia social, política e econômica da população atendida. Para tal, é fundamental que haja participação social, transparência decisória e conhecimento, por parte da população, das ações desenvolvidas em todas as etapas do processo de planejamento.

Sob esse pensamento, são necessárias políticas públicas que atuem sobre as condições e vida da população brasileira e que envolvam mudanças no contexto fundamental onde o indivíduo está inserido. Isso possibilita a superação da fragmentação do atendimento das demandas, produzindo efeitos mais significativos na saúde da população, superando a intervenção curativa, aproximando-se da proposta da promoção da saúde.

O reconhecimento da determinação social da desnutrição e o fato de que é uma questão para qual a solução não é isoladamente terapêutica indica que a “intervenção deve se dar em diferentes níveis e áreas. Por isso, é necessário aplicar o conceito de trabalho interdisciplinar na própria constituição das políticas e das equipes de trabalho” (SAWAYA et al., 2003, p.39), um desafio quando se percebe que a formação dos profissionais da saúde ainda hoje está ainda mais voltada ao diagnóstico e ao tratamento de doenças (FERNANDES, 2003, p.78-79).

A intersectorialidade e a intedisciplinarietà permitem a aproximação entre diversos setores e profissionais na construção das formas de enfrentamento da desnutrição e tornam-se palavras-chave para o alcance da integralidade do atendimento, com vistas a um efetivo

impacto social e mudanças na qualidade de vida da população. É aconselhável ainda que as políticas públicas sejam implementadas de forma descentralizada, tendo por base o espaço e a realidade onde essas famílias se encontram, otimizando as relações e recursos ali existentes, bem como que estejam abertos à participação cidadã nas decisões que lhe dizem respeito, num movimento emancipatório e ouvindo o que estes pensam e tem a dizer.

3.4.3 A relação do Programa com as famílias.

No caso específico da alimentação, a atuação centrada exclusivamente na concessão da cesta alimentar acaba por manter seus beneficiários na condição de tutelados e subalternizados, reproduzindo a cultura tradicional de enfrentamento da pobreza pela via assistencialista. São políticas que, além de se efetivarem de forma focalizada, estabelecem regras estigmatizantes de acesso e que acaba por reforçar a subalternidade desses sujeitos.

O próprio Programa Hora de Comer acaba por ressaltar sua atuação na ótica de um favor e não de um direito ao enfatizar que a cesta é destinada à criança e que os demais membros da família não podem usufruir dela, apontando que não se trata de um programa voltado a “dar assistência à família” e sim à criança em desnutrição e, desse modo, sinalizando que a família que assim necessitar deve recorrer a outros Programas oferecidos pela prefeitura.

A cesta foi pensada para “recuperar”³³ uma criança em situação de desnutrição em nove meses, sugerindo que se a criança não recebe “alta” do Programa nesse período, algo não está sendo efetivado pelas famílias de acordo com as “instruções” repassadas. Com essa leitura, acaba por assumir uma perspectiva de culpabilização daquelas famílias que não alcançam a “recuperação” de seus filhos, onde os pais são responsabilizados pela situação em que seus filhos se encontram.

A partir dessa postura, cria-se entre as famílias a idéia de que se o “Programa está fazendo sua parte, ao repassar a cesta nutricional” e se criança não recupera o peso, a provável responsável seria a própria família. Algumas famílias relatam o sentimento de

³³ O uso das expressões “remédio”, “recuperação” e “alta” da criança, são comumente usadas nas reuniões educativas, explicitando a perspectiva biologicista que marca a interpretação do Programa sobre a desnutrição infantil.

‘incapacidade’ e ‘vergonha’ de não conseguir suprir a necessidade mínima de alimentação, como se estivessem falhando no cuidado com seu filho. Essas famílias já sofrem uma discriminação social pela situação sócio-econômica, pelo local onde moram, e ainda pela situação de desnutrição de seus filhos, que perpassa um certo **estigma social**.

Uma das famílias, por exemplo, acompanhada durante o estágio, tinha um de seus filhos em situação de desnutrição e foi encaminhada pelo médico pediatra à inserção no Programa Hora de Comer. Entretanto, o pai da criança se recusou a receber a cesta nutricional, afirmando ser capaz de, por meio de seu trabalho, prover as necessidades de seu filho, considerando “humilhante” ter que recorrer a terceiros para fazê-lo. O trabalho está incutido no imaginário dessas pessoas como o canal natural e digno de satisfação de necessidades.

Yazbeck (1993, p.155) identifica isso como produto do fato de que, no panorama capitalista atual, “os segmentos subalternizados e excluídos são privados não apenas do consumo de mercadorias e da riqueza social, mas também muitas vezes do conhecimento necessário para compreender a sociedade em que vivem e as circunstâncias em que se encontram”. Aquela cesta nutricional que recebem mensalmente não perpassa sua compreensão com a efetivação de um direito de cidadania: o direito à alimentação. Apesar de relatarem estar satisfeitos com o Programa, avaliando-o como positivo, o consideram como “uma ajuda para seus filhos” e até fruto de um “trabalho voluntário”, conforme palavras dos próprios participantes.

A partir disso, pode-se tomar como base Mioto (1997, p.128) ao afirmar que,

para que o trabalho com famílias seja veículo de mudanças efetivas no espaço social, é necessário refletir sobre os modelos assistenciais dentro dos quais este trabalho se desenvolve. Isto para avançar de uma posição de tutela e controle para uma condição de parceria e cidadanização das famílias.

É indispensável o reconhecimento desses grupos em situação de pobreza como cidadãos, como sujeitos sociais portadores de direitos, rompendo com a cultura moralista e de tutela, bem como quebrar com a forma de pensar políticas sociais voltadas à população empobrecida, pela via paternalista através de ações compensatórias. O conjunto de políticas de proteção social tem de proporcionar condições de sustentação do grupo familiar, atuando como facilitadores da participação cidadã, possibilitando a autonomia da família e de seus membros, para que tenham a possibilidade de se articular em torno de uma melhor qualidade de vida.

3.4.4 Propostas de caminhos a serem trilhados e perspectivas para o futuro.

Apesar de exigir aprimoramentos, acredita-se na continuidade do Programa Hora de Comer, sendo que se configura em uma iniciativa pública de intervenção sobre uma questão que merece atenção: a fome transfigurada em desnutrição infantil. Diante disso, para que o Programa tenha resultados positivos sobre a desnutrição infantil na cidade de Florianópolis, é indispensável o deslocamento do foco de atenção da criança e sua ampliação para as condições de vida das famílias, bem como o olhar sobre os aspectos sócio-econômicos envolvidos, ultrapassando os aspectos biológicos. Passar de uma atenção individual à criança para uma perspectiva familiar, proporcionará um atendimento integral à saúde infantil, como também à saúde da família. Para tais transformações, deve-se contar com a formação dos profissionais envolvidos em sua operacionalização, tanto do próprio Programa como das unidades de saúde.

Para romper com o ciclo de exclusão o investimento na educação das crianças deve ser também prioridade. A ampliação e criação de creches municipais surgem como necessidade quando se observa a insuficiência das vagas hoje existentes. Nesse caso, são as mães as afetadas, pois sem as creches não podem trabalhar e ajudar na complementação da renda familiar.

Além disso, sua atuação deve articular ações emergenciais com estruturais. Desse modo, aliar as atividades já desenvolvidas pelo Programa voltadas à suplementação alimentar e acompanhamento médico da criança, com a implementação de iniciativas de renda mínima e investimentos em ações de geração de renda e trabalho, bem como formação profissional. E isso, utilizando-se dos recursos da própria realidade local, facilitando o acesso e fazendo com que essas ações cheguem realmente a essa população, abrindo espaço também para que os próprios sujeitos possam opinar e serem ouvidos sobre as alternativas que consideram melhores a partir da ambiente social em que se encontram.

De forma geral, é imprescindível pensar na operacionalização do Programa Hora de Comer a partir de uma intervenção nas questões estruturais que privam o acesso a direitos e melhores condições de vida e saúde, proporcionando igualdade justa de oportunidades de desenvolvimento. O reconhecimento da determinação social do processo de desnutrição infantil abriria as portas para pensar novas alternativas de efetivação visando à melhoria dos resultados em sua efetivação, sendo importante salientar que atualmente o Programa não

possui um assistente social trabalhando diretamente em sua operacionalização, um profissional que tem com competências que podem contribuir a esse processo.

A questão do direito à alimentação está intrinsecamente articulada ao direito à saúde. Entendendo-se que a saúde está permeada por determinações “mais amplas do que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos”, bem como admitindo que há “forte relação entre os estilos de vida das pessoas, sua posição social e econômica, suas condições de vida e seu estado de saúde” (BUSS, 2003, p.36), a discussão sobre promoção da saúde torna-se indispensável. E é diante do reconhecimento das limitações e da impossibilidade que o setor sanitário sozinho encontra de responder as necessidades com que se depara em seu cotidiano, que a política de saúde abre-se para as reflexões voltadas à promoção da saúde. De maneira geral, a promoção da saúde surge como paradigma indispensável da atenção à desnutrição infantil sendo esse indiscutivelmente um fenômeno multicausal. A alimentação envolve variadas dimensões, sendo que assim deve ser considerada na formulação de políticas para seu enfrentamento, e é por isso que a intersetorialidade e a interdisciplinaridade são indispensáveis quando de fala em iniciativas de ação no que se refere à questão.

Valente (1997 apud VALENTE, 2002, p.38) traz que

o ser humano, ao longo de sua evolução, desenvolveu uma intrincada relação com o processo alimentar, transformando-o num rico ritual de criatividade, de partilha, de carinho, de amor, de solidariedade e de comunhão entre seres humanos e com a própria natureza, permeado pelas características culturais de cada agrupamento.

Assim, o ato de comer é muito mais do que um processo de ingestão de alimentos com vistas à satisfação de uma necessidade orgânica. Políticas voltadas à fome e à desnutrição, como o Programa Hora de Comer, têm que ter esse olhar sobre as dimensões mais amplas desse processo, merecendo uma abordagem igualmente ampliada. São necessárias ações voltadas ao acesso ao alimento, alterando as formas de produção e distribuição, atuando não só na quantidade, mas também na qualidade do alimento e nas condições de vida dos indivíduos. Nesse sentido, todas essas mudanças envolvem primeiramente a luta por “um novo paradigma de desenvolvimento que tenha no seu centro a qualidade de vida humana, e não o mero ‘crescimento econômico’” (VALENTE, 2002, p.67).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado mostra que as famílias participantes do Programa Hora de Comer do bairro Agrônômica estão marcadas por significativa carência sócio-econômica. São famílias pobres economicamente, que vivem de maneira precária, com baixa escolaridade e conseqüente inserção precária no mercado de trabalho e baixa renda mensal. Rendimentos insuficientes para satisfação até das necessidades básicas e, para alguns, a renda não garante nem o mínimo necessário à alimentação. Há aqueles que têm que contar com algum auxílio ou benefício de programas ou projetos para manter a subsistência do grupo familiar.

A infra-estrutura institucional de apoio a seu dispor é frágil e, com os recursos que têm acesso, encontram dificuldades de se autoprover. A insuficiência de creches, acesso precário à educação, à saúde e à assistência social de forma geral é constante em seu cotidiano, funcionando muito mais numa perspectiva compensatória, do que de promoção.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 226, inscreve: “A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”. Na realidade estudada, percebe-se que estas famílias têm acesso precário aos serviços públicos capazes de lhes oferecer o devido suporte para prover a proteção de seus membros. Direitos, portanto, inscritos em lei, mas que não chegam a ser legitimados e efetivados, não ultrapassando as barreiras burocráticas.

Em um país como o nosso, onde sequer foi instituído um sistema de proteção social, com a minimização estatal e a redução dos gastos com políticas sociais, a situação de desigualdade social tende a ser aprofundada. “Um estado que já era mínimo em relação à proteção social, passou a ter uma intervenção ainda menor” (LIMA, 2006, p.132), conseqüentemente têm-se políticas de ordem social assumindo um caráter fragmentado, setorial e emergencial. Políticas pontuais e focalizadas incapazes de alterar qualitativamente as condições da população, atendendo seletivamente as suas necessidades. Esse movimento de desmonte do sistema de proteção social e dos direitos conquistados historicamente, que faz com que tais necessidades não recebam a devida atenção, resulta no aprofundamento de situações de subalternidade e vulnerabilidade.

Os efeitos positivos dos avanços tecnológicos e científicos da “era da globalização”, raramente chegam ao acesso dessas pessoas. Para estes, as transformações ocorrem pela via do aumento da pobreza, fome e desigualdades sociais, sendo que é nessa “dicotomia entre inovações e exclusões” (ROSSETE, 2005, p.72) que vive essa população. E esse quadro de

ausência de trabalho, de educação, de saneamento básico, de habitação, de alimentação, de lazer, etc., tende a moldar as condições precárias de vida, repercutindo no processo de saúde desses sujeitos. Dentre os reflexos da vulnerabilidade às doenças, tem-se a desnutrição.

Embora muito se tenha avançado no que se refere à legislação e propostas de ação em torno da segurança alimentar e nutricional, os objetivos desejados não foram atingidos. Fato esse diretamente ligado à lógica neoliberal, que tende a efetivar minimamente políticas sociais voltadas às parcelas mais empobrecidas da população.

O Programa Hora de Comer assume como foco a criança em situação de desnutrição, sem considerar o contexto sócio-familiar mais amplo que envolve esse sujeito. Transfigura-se em um programa de assistência alimentar emergencial, tendo como ação central à distribuição da cesta nutricional, restringindo, portanto, sua compreensão aos aspectos biológicos do “problema”, estando em descompasso com as estratégias e princípios de segurança alimentar e nutricional inscritos nos diversos dispositivos legais vigentes hoje no país.

No caso das famílias aqui apresentadas, diante da situação de vulnerabilidade, a cesta recebida pelo Programa é direcionada às necessidades de alimentação de todos os seus membros. Logicamente a fome de todos prevalece às instruções do Programa de direcionar a cesta apenas à criança inscrita. As demandas expressas por essas famílias encontram-se muito além da desnutrição infantil. E apesar do estudo aqui apresentado retratar a realidade de apenas um bairro da cidade, provavelmente trata-se de um contexto que abrange a totalidade dos usuários inseridos, já que apresentam quase o mesmo perfil e provém de realidades bem próximas, deixando nítida a importância de alterações na forma como é efetivado o Programa para o alcance de um real impacto social.

Vale destacar que, ainda hoje, não há uma consciência massiva em torno da alimentação enquanto direito, o que faz com que não se desencadeie um movimento reivindicatório de expressão coletiva, fator indispensável à sua efetivação. É imprescindível o incentivo a organização popular no que se refere à alimentação na perspectiva de um direito de saúde e cidadania, fazendo com que a própria população se reconheça enquanto protagonistas e sujeitos coletivos potencializadores de transformações sociais.

A alimentação, como um direito nato de todos, ainda é pouco incorporada, não só por parte da população, mas também pela esfera governamental, que ainda a efetiva como uma política compensatória, assistencialista e eleitoreira. A trajetória das políticas de combate à fome não apresentam ainda resultados significativos e a principal causa para esse

fato está no pouco interesse de intervir nas fontes estruturais da questão, e sem uma articulação entre o emergencial e o estrutural pouco impacto será alcançado.

Enquanto assistente social, os resultados aqui alcançados mostram que a categoria, a partir de seu compromisso ético político com os direitos humanos, justiça social e igualdade, têm que incorporar e ampliar cada vez mais o conceito de saúde em sua atuação profissional, reunindo esforços e articulando estratégias para que o binômio saúde/pobreza seja abordado na implantação de políticas públicas, no sentido de torná-las cada vez mais universais e equitativas, visando à garantia e ampliação de direitos. Neste mesmo processo, o assistente social surge como um profissional que deve desenvolver suas competências e atribuições no sentido de incentivar e promover políticas públicas que contemplem o acesso do direito humano à alimentação digna, sendo a fome e a desnutrição algo presente no cotidiano de sua população usuária.

Vasconcelos (2002, p.516), destaca que o profissional de serviço social só poderá articular seu trabalho com os interesses da maioria excluída da população quando se aproxima das “determinações da economia política sobre o seu fazer cotidiano e sobre a qualidade de vida, de trabalho e de estilo de vida da população com a qual trabalha”. A investigação permite um maior acesso e percepção dos limites e possibilidades na dinâmica da vida social, subsidiando “a formulação de propostas profissionais que tenham efetividade e permitam atribuir materialidade aos princípios ético-políticos norteadores do projeto profissional” (IAMAMOTO, 2001, p.56).

Nesse sentido, reafirma-se ainda, por meio desse trabalho, que o conhecimento da realidade com a qual se trabalha é indispensável para uma intervenção efetiva e para o planejamento de ações que se aproximem das necessidades reais da população. Dessa forma, como assistentes sociais, a valorização do conhecimento sobre os sujeitos é fundamental para superar os objetivos institucionais e a focalização no indivíduo. A atitude investigativa proporciona um conhecimento crítico sobre o modo de vida e as estratégias cotidianas de sobrevivência, enfim, sobre o contexto mais amplo por qual o usuário é envolvido e, assim, traz uma percepção sobre as reais causas e não somente sobre as questões mais imediatas e superficiais da demanda apresentada. E, a partir disso, criam-se possibilidades de elaboração de estratégias de intervenção condizentes com a realidade.

Ao concluir esse trabalho, percebe-se ainda a necessidade de aprofundamento, principalmente quanto a atuação específica do serviço social frente à fome e à desnutrição e às questões voltadas à alimentação, propondo-se aqui tal questão como foco para futuros

trabalhos. Por fim, pode-se afirmar que a intenção desse trabalho não é encerrar as discussões sobre a atenção às questões nutricionais e alimentares e a determinação social do processo saúde-doença, mas contribuir para a visibilidade do assunto e com as discussões voltadas a seu enfrentamento.

REFERÊNCIAS

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS. Marco teórico e conteúdo do direito humano a alimentação adequada. Brasília, (Apresentação realizada no Curso Promovendo a exigibilidade do direito humano a alimentação adequada). 2006. 12 slides. Disponível em: <www.abrandh.org.br/curso2006/marcoteoricodhaa> . Acesso em: 03/02/2007

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio (orgs). **Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização/municipalização do SUS.** São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1995. p.13-48.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.** Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4º ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL, **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre a proteção integral da criança e ao adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf>. Acesso em: 15/12/2006

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>>. Acesso em: 17/10/2006

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8142.htm>>. Acesso em: 17/10/2006

BRASIL. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Publicado no Diário Oficial da União de 8/6/93. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em: 15/12/2006

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 15/12/2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS NOB-SUS 01/96:** Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. 2004. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/complementar/NOB96.pdf>. Acesso em: 12/12/2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004** que institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/portaria_2246.pdf> Acesso em: 13/01/2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006** que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/controlesocial/VIIconferenciademunicipaldasaude>>. Acesso em: 24/06/2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006** que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf> Acesso em: 24/06/2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006.pdf>. Acesso em: 15/12/2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 2ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRAVO, Maria Inês de Souza Bravo. **Política de Saúde no Brasil** In: Anais do Seminário Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Florianópolis: ABEPSS, 2006.

BRÜGGMANN, Tânia. **O Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar: Estudo de Caso em um Hospital Pediátrico de Santa Catarina.** Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social) Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERASNIA, Dina.(org) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

BUSS, Paulo M.; FILHO, Alberto Pellegrini. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais

grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03/12/2006.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERASNIA, Dina.(org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.55-77.

CARVALHO, Luiza. Famílias chefiadas por mulheres: relevância para uma política social dirigida. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.57, p.74-98, 1998.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. A priorização da família na agenda da política social. In: Kaloustian, S. M. (Org.) **Família Brasileira: a base de tudo**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, Brasília/DF, Unicef, 2000. p. 11-23.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção da saúde: Sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (org.) **Os sentidos da integralidade e na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A Saúde e Cidadania: A implantação do Sistema Único de Saúde**. 1997. Disponível em: <<http://consaude.com.br/downloads/saude%20e20%Cidadania20%-20Consaude.doc>>. Acesso em: 15/06/2006.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores**. 2005a. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp>> Acesso em: 17/09/2006

_____. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde: Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde**, 2005b. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp>> Acesso em: 16/09/2006

CONSELHO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL SUSTENTÁVEL DO RIO GRANDE DO SUL. **Curso de formação básica sobre segurança alimentar e nutricional sustentável – Módulo 02**. 2003. Disponível em: <www.stcas.rs.gov.br/consea/docs_consea/mod_02.doc>. Acesso em: 22/12/2006

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 273 de 13 de março de 1993**. Dispõe sobre o Código de Ética Profissional do Assistente Social. Legislações: Direitos de Cidadania. Conselho Regional de Serviço Social do Paraná – CRESS 11ª Região, Curitiba, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. **O que é o Consea?**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/consea/exec/index.cfm>>. Acesso em: 15/12/2006.

_____. **Princípios e Diretrizes de uma Política de Segurança Alimentar e Nutricional: Textos de Referência da II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2004

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 62, p.35-72, 2000.

COSTA, Maria Dioneide. **O direito humano à alimentação e o problema da fome no Brasil: Um estudo de caso nas comunidades Bonitinho e Varzante inserida no Programa Fome Zero, (Canindé Ceará)**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direitos Humanos). Programa de Pós-graduação em Filosofia, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2004.

DEMOLINER, Joana. **Saúde e Pobreza na produção do Serviço Social: concepção, interface e formas de enfrentamento**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social). Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Nota a Imprensa: Em 2006, custo da cesta básica sobe apenas em três capitais**. Jan/2007. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/cesta.xml>>. Acesso em: 14/01/2007

SCOREL, Sarah. Saúde: uma questão nacional. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez / ABRASCO, 1989. p. 181-192

FERNANDES, Benedito Scaranci. Nova Abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. **Estudos Avançados**. São Paulo: IEA Ed. v.17, nº 48, p. 77-92. maio/ago 2003.

GALLEAZZI, Maria Antonia M., A segurança alimentar e os Problemas Estruturais de Acesso. In: GALLEAZZI, Maria Antonia M. (org). **Segurança Alimentar e Cidadania: a contribuição das Universidades Paulistas**. São Paulo: Mercado das Letras, 1996. p. 133-156

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; COSTA, Luciana Scarlazzari. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17/10/2006.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas em Pesquisa Social**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1995.

HEILBORN, Maria Luiza, et al.. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1832002000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19/11/ 2006.

IAMAMOTO, Maria Villela. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2005**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12/11/06.

LIMA, E. M. de. **A proteção social no âmbito da família: um estudo sobre as famílias do bairro Monte Cristo em Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social), Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

MARTINS, Maria Lúcia Refinetti. Construindo a Cidadania: O papel da cidade. In: GALLEAZZI, Maria Antonia M. (org). **Segurança Alimentar e Cidadania: a contribuição das Universidades Paulistas**. São Paulo: Mercado das Letras, 1996. p. 109-130

MINAYO, Maria Cecília. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 18ª Ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2001. p. 9-30

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Programa Bolsa Família**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 13/ 11 / 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **VIII Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 03/02/2007

MINUCHIN, Patrícia; COLAPINTO, Jorge; MINUCHIN, Salvador. **Trabalhando com Famílias Pobres**. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 55, p.114-130, 1997.

_____. Cuidados sociais dirigidos à famílias e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em serviço social e política social**. Módulo 4 – O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília:UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância. 2000. p.217-224.

_____. et al.. **Projeto de Integração Docente Assistencial do Departamento de Serviço Social da UFSC: Documento Preliminar**. Florianópolis: UFSC/Departamento de Serviço Social, 2005. mimeo

_____. **A Dimensão Técnico-operativa do exercício profissional dos Assistentes Sociais em foco: contribuições em debate**. Florianópolis: UFSC/Departamento de Serviço Social, 2006a. mimeo

_____. **Promoção de saúde de famílias: considerações sobre o tema**. Itajaí: Seminário Nacional de Promoção da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. 2006b. 15 slides.

_____. **Serviço Social: Famílias e Seguidores Sociais Vulneráveis**. Florianópolis: Aula expositiva para disciplina Serviço Social: famílias e segmentos sociais vulneráveis (DSS 5137), Universidade Federal de Santa Catarina. 2006c. 30 slides.

MIOTO, Regina Célia T.; NOGUEIRA, Vera Maria R. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In: Anais do Seminário Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Florianópolis: ABEPSS, 2006.

MONTEIRO, Carlos Augusto. A Dimensão da pobreza, da desnutrição e da fome no Brasil. **Estudos avançados**. São Paulo: IEA Ed. v. 17, n. 48, p.7-20, maio/ago. 2003.

MORE, C. L. O. O.. As redes pessoais significativas como instrumento de intervenção psicológica. **Paidéia: cadernos de psicologia e educação**, Ribeirão Preto SP, v. 31, p. 287-297, 2005.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma de estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Tese (Doutorado em enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

_____. **O Serviço Social na área da Saúde**. Florianópolis: UFSC/Departamento de Serviço Social, 2005. mimeo

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PIRES, Denise Elvira Pires de. Direito à Saúde: um convite a reflexão. **Cad. Saúde Pública**. vol. 20, no. 3, p. 753-760, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02/11/2006

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php>. Acesso em: 03/02/2007

PAIM, J. S.. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; FILHO, Naomar de Almeida. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda, 1999. p. 473-487.

PEREIRA, Potyara. A. P.. Sobre a política de Assistência Social no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (orgs.). **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 217-233.

_____. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PROGRAMA FOME ZERO. **O que é o Programa Fome Zero?** Disponível em: <<http://www.fomezero.gov.br/>>. Acesso em: 15/12/2006

RAMOS, Cristina; BONASSA, Giselli Dandolini. **Atenção à desnutrição infantil: um estudo com famílias no Município de Florianópolis/SC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família/ Modalidade Residência). Programa de

Residência Integrada em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia. In: LANE, Sílvia T. M.e CODO, Wanderley (orgs). **Psicologia Social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001. p.99-124

RIBEIRO, Sâmbara Paula, et al.. O cotidiano profissional do assistente social no Programa Saúde da Família em Campina Grande. **Katálisis** Florianópolis UFSC/CSE/DSS: Editora da UFSC, v. 8 nº 2, p.247-255, jul/dez 2005.

ROLNIK, Raquel. É possível uma política urbana contra a exclusão? **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 72, p. 53-61, 2002.

ROSSETE, Juliana Purcina. **Renda mínima no Brasil: da utopia a consolidação**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social). Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

SANTOS, W. G.. **Cidadania e Justiça**. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SAWAYA, Ana Lídia, et al.. Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. **Estudos Avançados**. São Paulo: IEA Ed. v.17, nº48, p.21-44, maio/ago 2003.

SILVA, Jailson de Souza. BARBOSA, Jorge Luiz. **O sentido do trabalho informal na construção de alternativas socioeconômicas e o seu perfil no Rio de Janeiro**. 2004 Disponível em: <http://www.iets.org.br/biblioteca/O_sentido_do_trabalho_informal_na_Construção_de_alternativas_socioeconomicas_e_o_seu_perfil_no_RJ.PDF>. Acesso em: 19/11/2006

SILVA, Jamyla Macedo. **Estado nutricional e fatores de agravo associados em crianças hospitalizadas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Medicina). Departamento de Pediatria, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SILVA, José Graziliano da. Segurança Alimentar: uma agenda republicana **Estudos Avançados**. São Paulo: IEA Ed. v.17, nº 48, p. 45-51. maio/ago 2003.

SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. Secretaria executiva do Ministério da saúde / DATASUS. **Vigilância Alimentar e Nutricional: SISVAN**. Disponível em: <<http://sisvan.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em: 06/01/2007

SOLYMOS, Gisela M. B. A batalha contra a desnutrição em São Paulo. **Estudos Avançados**. São Paulo: IEA Ed. v.17, nº 48, p. 93-100. maio/ago 2003. Entrevista concedida a Revista Estudos Avançados.

SPOSATI, Aldaíza. Mínimos Sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, nº 55, p.09-38, 1997.

_____. **Pobreza e cidadania no Brasil contemporâneo: um comentário do relatório da Comissão Mista Especial da Câmara e do Senado. Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 63, p. 45-61, 2000.

TAKAGI, Maya. **A implantação da Política de Segurança alimentar e nutricional no Brasil: seus limites e desafios**. Tese. (Doutorado em Economia Aplicada). Instituto de Economia Aplicada, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira. O Serviço Social no PSF e a luta contra a desigualdade social. In: **Anais X Congresso brasileiro de Assistentes Sociais**, 2001, Rio de Janeiro.

VALENTE, F. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. In: VALENTE, F. **Direito humano à alimentação – desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 37-70.

VASCONCELOS, Ana. **Nutrição na atenção básica: compromisso para alcançar as metas de desenvolvimento do milênio**. Rio de Janeiro: Apresentação realizada ao 11º Congresso Mundial de Saúde Pública pela Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde. 2006. 48 slides. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/Apresentacoes/Dia%2025/Ana%20Beatriz%20-%2013-00.ppt/>>.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VICTORA, Cesar. **Avanços no conhecimento sobre determinantes sociais de saúde no Brasil**. Brasília, (Apresentação realizada na 1a. Reunião da CNDSS) Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde, 2006. 47 slides. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/apresentacoes.asp>>. Acesso em: 22/11/2006

YAZBEK, Maria Carmelita. O lugar social dos excluídos e subalternizados: seu perfil, sua versão. In: **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993. p.83-161

APÉNDICE



ENDEREÇO : _____ CRIANÇA: _____
FONE: _____

1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8
NOME COMPLETO	Idade	Grau de Estudo	Ocupação Atual	Carteira assinada S/N	Parentesco com a cça	Carga Horária de trabalho (diária)	Doc. que precisa fazer
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							

LEGENDA: 1.3 Estudo

1. Analfabeto
2. 1ª à 4ª série
3. 5ª à 8ª série
4. 1º ao 3º ano do 2º grau
5. Faculdade incompleta
6. Faculdade completa
7. Criança sem idade escolar
8. Criança em idade escolar fora da escola

1.8 Documentos: 1. CARTEIRA DE IDENTIDADE ou RG

2. CPF
3. CARTEIRA DE TRABALHO
4. CERTIDÃO DE NASCIMENTO
5. TÍTULO DE ELEITOR
6. OUTRO _____

2.1 ORIGEM DA FAMÍLIA	Município _____ Estado _____	3.1 TIPO	(1) MADEIRA (2) ALVENARIA (3) MISTA (4) OUTRO
2.2 TEMPO DE RESIDÊNCIA NA COMUNIDADE	(1) ATÉ 1 ANO (2) DE 1 A 5 ANOS (3) DE 5 A 10 ANOS (4) MAIS DE 10 ANOS	3.2 A CASA É	(1) ALUGADA - VALOR R\$ _____ (2) PRÓPRIA (3) CEDIDA
2.3 RESPONSÁVEIS PELO SUSTENTO DA FAMÍLIA	(1) HOMEM E MULHER (2) SÓ MULHER (3) SÓ HOMEM (4) FILHO(S)	3.3 COMO ADQUIRIU A CASA?	(1) CONTRATO (2) HERANÇA (3) DOAÇÃO (4) OCUPAÇÃO
2.4 VÍCIO NA FAMÍLIA	(1). CIGARRO (2). DROGAS (3) ÁLCOOL (4). NÃO	3.4 SERVIÇOS PÚBLICOS QUE A FAMÍLIA PAGA EM SEU NOME	(1) LUZ (2) ÁGUA (3) IPTU (4) TELEFONE
2.5 POSSUI DOENÇA CRÔNICA, QUAL?	(1) HIV (2) PRESSÃO ALTA (3) DIABETE (4) SISTEMA NERVOSO (5) CARDÍACA / CORAÇÃO (6) DEFICIÊNCIA FÍSICA (7) DESNUTRIÇÃO (8) OUTRA, QUAL? (9) NÃO	3.5 DESTINO DO LIXO	(1) COLETA PÚBLICA (2) QUEIMA (3) LIXEIRA COMUNITÁRIA (4) OUTRO
2.6 PRINCIPAL LAZER DA FAMÍLIA	(1) TV (2) IGREJA (3) PASSEIO (4) FUTEBOL (5) VISITAS (6) PARQUE (7) BAILE (8) OUTRO _____	3.6 TRATAMENTO DO ESGOTO	(1) REDE PÚBLICA (2) FOSSA NEGRA/SEPTICA (3) CÉU ABERTO
2.7 RECEBE ALGUM BENEFÍCIO ASSISTENCIAL?	(1) BOLSA FAMÍLIA (2) BPC (3) CESTA BÁSICA (4) PET (5) OUTRO _____	3.7 RELAÇÃO DE VIZINHANÇA	
2.8 RENDA FAMILIAR R\$		3.8 MEIO DE TRANSPORTE DA FAMÍLIA	(1) CARROÇA (2) CARRO (3) MOTO (4) BICICLETA (5) A PÉ (6) ÔNIBUS
2.9 PRINCIPAIS PROBLEMAS DO BAIRRO/COMUNIDADE (apontar até dois)		3.9 A CASA POSSUI BANHEIRO	(1) NÃO (2) SIM, DENTRO DA CASA (3) SIM, FORA DA CASA

- O QUE VOCÊ ACHA QUE LEVA A CRIANÇA A NÃO ADQUIRIR O PESO ADEQUADO PARA SUA IDADE?